



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

**XXIX CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA
IN SCIENZE DELLA RIPRODUZIONE
E DELLO SVILUPPO**

**ADHD E SUCCESSO SCOLASTICO: FATTORI
PROTETTIVI E MEDIATORI DEL RISCHIO**

Settore Scientifico-Disciplinare: MED/39

Indirizzo: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

**DOTTORANDA
EUGENIA DI BARBORA**

**COORDINATORE
PROF. ALESSANDRO VENTURA**

**SUPERVISORE DI TESI
DOTT. ALDO SKABAR
DOTT.SSA CINZIA SCHERIANI**

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

RINGRAZIAMENTI

Rivolgo un grazie speciale ai miei tutor, la dott.ssa Scheriani, Dirigente Scolastico e Presidente dell'Associazione AIDAI-ONLUS FVG e il dott. Skabar, Dirigente della Struttura Complessa di Neuropsichiatria dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, per la fiducia, la disponibilità, la costante attenzione e il supporto scientifico e umano con cui mi hanno sostenuto in questi anni di lavoro condiviso.

Grazie al dott. Ronfani e alla dott.ssa Montico, del Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofalo, per il puntuale sostegno nelle analisi statistiche e la disponibilità mostrata nelle riflessioni condivise.

Grazie alla Dirigente, a tutti gli alunni e docenti dell'Istituto Comprensivo Divisione Julia di Trieste per avermi accolto con disponibilità per la raccolta dei dati riferiti al campione di controllo.

Un grazie speciale ai bambini, ai ragazzi e alle famiglie che hanno partecipato a tutte le fasi della ricerca e, senza i quali, la stessa non sarebbe stata possibile.

RIASSUNTO

L'ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, indica un disturbo del neurosviluppo che si presenta precocemente e con pesanti ricadute nel funzionamento individuale, socio-emozionale ed accademico. I bambini e ragazzi con Deficit di Attenzione Iperattività/Impulsività presentano difficoltà emotive e motivazionali che influiscono sulla stima di sé e incidono nelle relazioni con i pari e gli adulti. Le problematiche dovute a deficit di autoregolazione, alla scarsa persistenza dello sforzo, a carenze nelle funzioni esecutive li conducono a incontrare grandi difficoltà e insuccessi in contesto scolastico.

Il presente studio si è proposto di ricercare la relazione tra bambini e ragazzi con ADHD e successo scolastico, indagando i possibili fattori associati al disturbo che s'ipotizzano protettivi, e quelli potenzialmente controproducenti per il successo accademico. Lo studio osservazionale si è avvalso di un gruppo clinico (30 individui) ed un gruppo di controllo (60 individui), di età compresa tra gli 11 e i 14 anni.

I risultati hanno mostrato che nei soggetti con ADHD l'autostima –pur migliorando con l'età- si mantiene in condizione di svantaggio rispetto ai coetanei. Lo stile attributivo di questi ragazzi si conferma più orientato verso un *locus of control* esterno nel confronto con i controlli, che danno invece priorità alle attribuzioni interne. Emerge quindi la necessità di intervenire in modo precoce per sostenere l'autostima e implementare il sistema attributivo internalizzato degli ADHD, trasformando questi mediatori di rischio in fattori protettivi, al fine di aiutarli a vivere in modo più adattivo e con maggiore successo le esperienze emotive, sociali e accademiche.

Parole chiave: ADHD, successo scolastico, mediatori del rischio, fattori protettivi, autostima, attribuzione.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with significant effects on socio-emotional and academic functioning. Children and teenagers with ADHD have emotional and motivational difficulties that affect self-esteem and relationships with peers and adults. The typical lack of self control and difficulties to stay on track, as well as deficiencies in executive functions can lead to a negative impact at school.

This study aimed to investigate the relationship between children with ADHD and academic success, investigating the factors with potential negative effects on academic achievement. The observational study involved a clinical group (30 individuals) and a control group (60 individuals), aged between 11 and 14 years.

The results show that self-esteem of ADHD population remains at a lower level compared to that of healthy controls, despite some improvement with age. The attributive style of these children is more oriented towards a confirmation of the external locus of control in comparison with the controls, which give priority instead to internal attributions. Thus it is clear that it is necessary to promptly support self-esteem and improve the attributive system of internalized ADHD transforming these risk mediators into protective factors, in order to help affected children to gain more adaptive and successful emotional, social and academic experiences.

Keywords: ADHD, academic achievement, risk brokers, protective factors, self-esteem, attribution.

INDICE

INTRODUZIONE	1
PARTE I: INQUADRAMENTO TEORICO	5
CAPITOLO 1: l'ADHD, deficit di attenzione, iperattività/impulsività	5
1.1 Definizione del disturbo e breve inquadramento storico dell'ADHD....	5
1.2 I sintomi nucleari dell'ADHD.....	8
1.3 I modelli interpretativi	14
1.4 Le disfunzionalità	20
1.5 Le comorbilità'	24
1.6 Eziopatologia del disturbo: aspetti neurobiologici e fattori di rischio .	32
1.7 Epidemiologia.....	38
1.8 Evoluzione del disturbo	43
CAPITOLO 2: la valutazione diagnostica	49
2.1 I manuali psicodiagnostici	49
2.2 Il processo diagnostico.....	52
2.3 Gli strumenti diagnostici	55
CAPITOLO 3: i trattamenti	66
3.1 Il trattamento farmacologico	68
3.2 Gli interventi non farmacologici	70
3.2.1 La terapia cognitivo-comportamentale	71
3.2.2 il training sulle abilità sociali	73
3.2.3 Il neurofeedback	75
3.3 Gli interventi psicoeducativi.....	78
3.3.2 Il Parent Training ed il ruolo familiare	79
3.3.3 Il Teacher Training ed il ruolo della scuola	81
CAPITOLO 4: successo scolastico e ADHD	85
4.1 Successo e insuccesso scolastico	85
4.1 Fenomenologia del disagio e della dispersione scolastica	88
4.3 I soggetti a rischio drop-out.....	91
4.4 I fattori di rischio	92
4.5 Dal disagio all'insuccesso scolastico in ragazzi con ADHD	97

CAPITOLO 5: autostima e sistema attributivo negli ADHD	100
5.1 L'autostima	101
5.2 Autostima e ADHD	109
5.3 Il sistema attributivo	112
5.4 Sistema attributivo e ADHD	125
PARTE II: LA RICERCA	129
CAPITOLO 6: il progetto di ricerca	129
6.1 Scopo e obiettivi	129
6.2 Metodi	131
6.3 Popolazione	132
6.4 Gli strumenti e i materiali	136
6.4.1 Il questionario di rilevamento quantitativo	137
6.4.2 Il questionario anamnestico sulla situazione dell'alunno	139
6.4.3 Il TMA, Test Multidimensionale dell'autostima	140
6.4.4 Il Questionario di attribuzione	143
6.4.5 La Wender Utah Rating Scale for ADHD, WURS	146
6.4.6 Lo PSOC, il Questionario sul senso di competenza dei genitori	146
6.4.7 I materiali	147
6.5 Le procedure e le azioni	148
CAPITOLO 7: la fase propedeutica: lo studio territoriale	157
7.1 Il questionario di rilevamento quantitativo sugli alunni ADHD nella provincia di Trieste	157
7.2 I dati	159
7.3 Analisi e interpretazione (Tabella A)	161
7.4 Analisi e interpretazione (Tabella B)	166
CAPITOLO 8: l'analisi e l'interpretazione dei dati	176
8.1 L'analisi statistica	176
8.2 Statistiche descrittive riferite al campione clinico	177
8.3 Il test TMA	191
8.3.1 Il test TMA nei ragazzi con ADHD	192

8.3.2 Il test TMA nel gruppo clinico e di controllo	197
8.4 Il questionario di attribuzione	206
8.4.1 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD	208
8.4.2 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD e nel gruppo di controllo	210
CAPITOLO 9: il retest, analisi e interpretazione dei dati	220
9.1 Il TMA.....	221
9.1.1 Il retest TMA nel gruppo ADHD	221
9.1.2 Il retest TMA nel gruppo clinico e di controllo	231
9.2 Il Questionario di attribuzione: evidenze emerse dal test/retest	245
9.2.1 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD	245
9.2.2 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD e nel gruppo di controllo	249
9.3 Le variabili ambientali	263
9.3.1 Il contesto familiare.....	263
9.3.2 Il questionario PSOC	268
9.3.3 La scala WURS	271
CAPITOLO 10: conclusioni	274
10.1 Discussione	274
10.2 Conclusioni	277
BIBLIOGRAFIA	283
SITOGRAFIA (ultime consultazioni dicembre 2016)	315
PARTE III: allegati	316
Allegato 1: questionario di rilevamento quantitativo su alunni ADHD	316
Allegato 2: questionario anamnestico	317
Allegato 3: tabella mediatori protettivi e di rischio.....	319
Allegato 4: test TMA (Braken, 1993).....	320
Allegato 5: questionario di attribuzione (De Beni & Moè, 1995)	327
Allegato 6: questionario Wurs per ADHD (Wender, 1995)	331
Allegato 7: questionario Senso di Competenza genitoriale	333
Allegato 8: lettera d'invito per partecipazione alla ricerca (gr. clinico)	335

Allegato 9: scheda informativa.....	336
Allegato 10: lettera d’invito per partecipazione alla ricerca (gr. controllo)	339
Allegato 11: scheda informativa.....	340
Allegato 12: consenso informato	343

INTRODUZIONE

L'ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, (in Italia DDAI), indica una condizione clinica con esordio nell'infanzia o nella preadolescenza caratterizzata da una sintomatologia che si riconduce all'alterazione di tre grandi aree: l'attenzione, l'iperattività e l'impulsività. Il disturbo, ora incluso nella sezione dei "Disturbi del Neurosviluppo" (DSM-5, 2013), si presenta precocemente e con pesanti ricadute che inficiano il funzionamento individuale, socio-relazionale ed accademico. E' proprio il contesto scolastico quello che, in maniera sempre più crescente e diffusa, si confronta con bambini e ragazzi con Deficit di attenzione iperattività/impulsività. Si tratta d'individui che possono essere ipercinetici e imprevedibili, distratti e inconcludenti, dirompenti ed egocentrici ma anche fragili e in grande sofferenza. Queste caratteristiche, non solo temperamentali ma legate a una disfunzionalità neurobiologica (Barkley, 1997), rendono i soggetti altamente vulnerabili di fronte alle sfide poste dalla quotidianità scolastica. Le difficoltà, più o meno severe, si manifestano sul versante emotivo-motivazionale, influiscono sulla stima di sé (Tabassam et al., 2002) ed incidono significativamente nelle relazioni con i pari e gli adulti di riferimento. Le problematiche dovute a deficit di autoregolazione e quindi alla sorveglianza degli impulsi, alla persistenza dello sforzo, a carenze nelle funzioni esecutive che regolano il processo di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo (Douglas, 1972; Barkley, 2006; Sergeant et al. 1999, 1990; Sonuga-Barke, 1992; Vio et al., 1999; Fedeli, 2013), conducono questi bambini e ragazzi a incontrare grandi difficoltà a scuola e bassi rendimenti nelle prestazioni accademiche. Le difficoltà interpersonali si traducono facilmente in forme di disadattività sociale, le difficoltà di autoregolazione in insuccesso nella carriera scolastica. Numerose ricerche presenti nella letteratura medica e psico-pedagogica nazionale e internazionale hanno dedicato una forte attenzione a queste criticità e alle conseguenze che esse portano sul piano dell'apprendimento e dell'adattamento scolastico. Alla luce

di queste e dei numerosi studi scientifici che hanno sottolineato che fino a due terzi dei soggetti con ADHD in età pediatrica continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta (Barkley et al. 2002, Kessler et al. 2005), pare opportuno ed urgente studiare, valutare ed intervenire precocemente sui soggetti in età pediatrica, che hanno maggiori probabilità di incorrere in outcome negativi da adulti.

Il presente studio osservazionale si propone pertanto di ricercare la relazione tra bambini e ragazzi con ADHD e successo scolastico, indagando i possibili fattori associati al disturbo, che si ipotizzano protettivi, e quelli potenzialmente controproducenti per il successo accademico di individui diagnosticati.

Lo studio si divide in due sezioni: la prima parte d'inquadramento teorico, composta da 5 capitoli e la seconda parte, specificatamente dedicata alla ricerca, costituita da altri 5 capitoli.

Il primo capitolo desidera offrire una sintetica ma mirata cornice di inquadramento dell'ADHD secondo la letteratura scientifica, attraverso un breve excursus storico, la rassegna dei sintomi nucleari e la loro declinazione in disturbi secondari, letti secondo i principali modelli neuropsicologici. Considererà poi le disfunzionalità, le principali comorbilità in associazione con l'ADHD e proporrà una lettura sull'eziopatologia del disturbo, sui dati epidemiologici e sul decorso evolutivo dell'ADHD.

Nel secondo capitolo verranno presi in rassegna i principali elementi che concorrono a definire la valutazione diagnostica in termini di riferimenti, iter e strumenti: i manuali nosografici, le sequenze e le procedure del processo diagnostico, nonché gli strumenti standardizzati che in contesto clinico vengono utilizzati per accertare la presenza del disturbo di ADHD. I dispositivi clinici sono repertoriati per categorie e presentati sinteticamente tenendo in considerazione le versioni più utilizzate nei servizi clinici italiani.

Nel terzo capitolo verranno affrontate le modalità di intervento terapeutico per i soggetti con diagnosi di ADHD, che necessitano del contributo e dell'interazione sinergica di differenti figure professionali. I trattamenti - diversificati in relazione al target e ai programmi terapeutici- considereranno

il trattamento farmacologico e i trattamenti non farmacologici rivolti ai ragazzi (intervento psicoeducativo, terapia cognitivo-comportamentale, neurofeedback e training sulle abilità sociali), come anche le azioni psicoeducative rivolte ai genitori (*Parent Training*) e ai docenti (*Teacher Training*).

Il quarto capitolo sarà dedicato a indagare l'articolato pluriverso che caratterizza successo e insuccesso scolastico, tratteggiando la fenomenologia del disagio, della dispersione scolastica e dei soggetti a rischio drop-out. Saranno sinteticamente repertoriati anche i fattori di rischio connessi con l'insuccesso accademico e i fenomeni di disagio e dispersione saranno letti in associazione all'ADHD.

Nel quinto capitolo verranno prese in esame l'autostima -aspetto importante nel funzionamento generale di un soggetto, che incide sulla salute psicologica, l'adattamento sociale e le performance accademiche- e l'attribuzione, ovvero l'insieme di credenze e idee mediante le quali ciascun soggetto interpreta gli episodi di successo e insuccesso che avvengono nella propria vita (Heider, 1958). Questi costrutti rivestono un ruolo sostanziale nel caso di soggetti con ADHD, poiché autostima e sistema di attribuzione causale, producono influenze dirette sugli stili adattivi/disadattivi e sulle performance scolastiche, esponendo più facilmente questi soggetti al possibile rischio di cronicizzare situazioni nate come temporanee ed instabili.

Il sesto capitolo introdurrà la seconda parte e sarà dedicato al progetto di ricerca. Il disegno di ricerca sarà esplicitato attraverso: scopo, obiettivi, metodi e popolazione reclutata e arruolata per il campione clinico e per quello di controllo. Di seguito saranno repertoriati e presentati i materiali e gli strumenti psicometrici utilizzati, nonché offerta una sintesi delle procedure adoperate e delle azioni realizzate.

Il settimo capitolo sarà destinato alla fase propedeutica della ricerca, ovvero allo studio territoriale che ha previsto una ricognizione riferita a quantità e distribuzione degli alunni con ADHD presenti nelle scuole primarie e secondarie di 1° della Provincia di Trieste. Nella sezione saranno presentati i

dati e le evidenze emerse dall'indagine condotta su una popolazione studentesca superiore alle 10mila unità per due annualità.

L'ottavo e il nono capitolo saranno dedicati all'analisi e all'interpretazione dei dati emersi dalla somministrazione dei differenti questionari e strumenti psicometrici proposti ai ragazzi con ADHD, ai ragazzi del gruppo di controllo ed ai genitori di entrambi i campioni. Per quanto attiene gli strumenti psicometrici standardizzati e validati, l'analisi statistica è stata effettuata in ottemperanza alle linee riportate in letteratura e realizzata grazie alla collaborazione del servizio Epidemiologo clinico dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste.

Il decimo capitolo evidenzierà discussione e conclusioni a cui si è giunti col presente lavoro di ricerca, indicando punti di forza e criticità dello stesso, nonché possibili piste che necessitano di ulteriori approfondimenti o future implementazioni.

PARTE I: INQUADRAMENTO TEORICO

CAPITOLO 1: L'ADHD, deficit di attenzione, iperattività/impulsività

In questo capitolo, finalizzato a offrire una sintetica ma mirata cornice di inquadramento dell'ADHD, verrà fornita una definizione del disturbo ed un breve excursus storico con la rassegna dei principali studi realizzati sul tema. Verranno poi presi in considerazione i sintomi nucleari che caratterizzano il disturbo da deficit di attenzione e iperattività/impulsività e la loro lettura secondo i principali modelli neuropsicologici distinti in filoni interpretativi. Indi saranno considerate le disfunzionalità, ovvero le alterazioni funzionali che si manifestano in differenti domini e con pesanti incidenze nei vissuti, nella quotidianità e nei contesti di vita degli individui che soffrono di questo deficit. Nel quinto paragrafo -alla luce degli studi di settore- verranno trattate le principali comorbidità in associazione con l'ADHD. Di seguito verrà proposta una lettura sull'eziopatologia del disturbo (§6) e sui dati epidemiologici (§7), per terminare con una descrizione del decorso evolutivo dell'ADHD (§8).

1.1 Definizione del disturbo e breve inquadramento storico dell'ADHD

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, denominato in Italia con l'acronimo DDAI e più noto come ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* indica “un disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane” (Capodiecì, Cornoldi, 2013, pp.15-16). Evidenze genetiche e disfunzionalità della corteccia prefrontale e dei nuclei della base collocano nell'ambito psicopatologico questo disturbo, che si presenta attraverso alterazioni

nell'elaborazione degli stimoli ambientali. Il soggetto non è in grado di rispondere in maniera adeguata alle richieste del contesto esterno e trova difficoltà nell'orientare efficacemente le sue azioni e i suoi comportamenti nella relazioni con i pari, con i genitori e con gli adulti; manifesta difficoltà in ambienti ludici e nell'ambito scolastico e più in generale evidenzia problematicità ai fini di un sereno inserimento nel contesto sociale e di vita. Il disturbo, che si manifesta a partire dall'infanzia, può trovare continuità anche nell'adolescenza e in età adulta (cfr. § 1.5)

Dal **punto di vista storico** numerosi sono gli studi e le ricerche riferite a questo disordine che ha particolarmente catalizzato l'attenzione clinica a partire dagli anni '70 del secolo scorso, ma che ha visto il suo primo ingresso nella letteratura scientifica, nel 1902, anno in cui sull'autorevole rivista medica Lancet, G. F. Still pubblica delle osservazioni su bambini che presentavano "un deficit nel controllo morale (...) e un'eccessiva vivacità e distruttività." (Still, 1902)

Le caratteristiche di comportamenti aggressivi, iperattivi e disrutivi, inizialmente attribuite a una dimensione e connotazione "morale", vengono, nei successivi anni '30, ricondotte a disordini del comportamento post encefalitico (Bond & Patridge, 1926), a seguito di osservazioni effettuate da alcuni clinici che riscontrano nei sopravvissuti a una grave epidemia di encefalite, verificatasi nel 1917- 18 in Nord America, comportamenti analoghi nei pazienti con ADHD.

Successivamente viene introdotto il termine di "danno cerebrale minimo" per indicare la lesione cerebrale come causa dei disturbi psicologici, anche in assenza di evidenze di lesioni al sistema nervoso centrale (Strauss & Lehtinen, 1947).

Negli anni '40 "Altri autori americani ipotizzarono che la spiegazione più plausibile fosse da ricercare non in una lesione vera e propria quanto in "una disfunzione cerebrale umana" causata forse da intossicazioni di piombo, da traumi prima e durante il parto o da infezioni cerebrali." (Marzocchi, 2009, p.31)

Successivamente, nel 1952, anno della prima pubblicazione del DSM, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, da parte dell'*American Psychiatric Association*, il disturbo non viene annoverato tra i disturbi psichiatrici infantili poiché inattenzione e iperattività non trovano collocazione in nessuna delle categorie presentate.

Solo nella seconda edizione del DSM, avvenuta nel 1968, compare per la prima volta l'etichetta diagnostica di "reazione ipercinetica del bambino", entro cui viene raccolta una complessità di sintomi riconducibili agli ADHD.

Nel 1980, la pubblicazione del DSM-3 segna una vera e propria svolta nella diagnosi psichiatrica, grazie alla quale per la prima volta i soggetti con criticità nell'area attentiva e iperattiva trovano due elementi di novità. In primo luogo viene dato loro uno specifico riconoscimento ed una precisa collocazione nella sezione denominata "Disturbo da deficit dell'attenzione con o senza iperattività". In secondo luogo il disturbo viene riconosciuto e letto non solamente in termini comportamentali ma anche cognitivi. La revisione della terza edizione del DSM nel 1987 rappresenta un arretramento poiché, pur introducendo per la prima volta l'etichetta di Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, ADHD, i tre sintomi cardine di disattenzione, iperattività e impulsività sono estrapolati e collocati indistintamente all'interno di una lista di 14 comportamenti riferiti agli ADHD.

Il DSM-IV uscito nel 1994, parla di "disturbo da deficit di attenzione e iperattività" e ne distingue tre sottotipi: disattento, iperattivo-impulsivo e combinato; viene ripresa la tripartizione (ridefinendo in alcuni casi i 18 sintomi presentati) dell'ICD-10, ossia la decima edizione dell'*International Classification of Diseases*, pubblicata dall'OMS, Organizzazione Mondiale della sanità nel 1992.

Il 2013 ha visto la pubblicazione del DSM-5 in cui compare l'ultima descrizione nosografica del disturbo che ha mantenuto - considerando la prevalenza dei sintomi- la suddivisione dell'ADHD in tre diversi sottotipi (forma inattentiva, iperattiva e combinata). La concettualizzazione clinica di base del disturbo non è cambiata, permangono gli stessi criteri quantitativi (6 o più sintomi) rispetto alla lista delle caratterizzazioni riferite alla dimensione

inattentiva ed iperattivo-impulsiva ma l'ADHD viene classificato come un disturbo del neurosviluppo piuttosto che essere compreso nei disturbi del comportamento dirompente. (De Rénoche, 2014)

Questa breve rassegna ci permette di affermare che il disturbo interpretato inizialmente in termini morali, è stato successivamente letto secondo una prospettiva prevalentemente o quasi esclusivamente comportamentale, per approdare infine -a partire dal 1980- a una lettura più focalizzata sulla dimensione cognitiva ed emotiva. In questo senso sono state determinanti le ricerche sui deficit di autoregolazione attentiva e comportamentale (Virginia Douglas), come gli studi sui deficit riferiti alle funzioni esecutive (Russel Barkley, Tim Shallice, Bruce Pennington e Sally Ozonof), che hanno presentato dei modelli neuropsicologici secondo cui i soggetti con ADHD sono caratterizzati da una compromissione delle funzioni esecutive come anche dei processi cognitivi legati alla motivazione. (cfr. §1.3)

1.2 I sintomi nucleari dell'ADHD

L'ADHD si manifesta attraverso i seguenti **sintomi nucleari** e la loro possibile combinazione: il deficit di attenzione, l'iperattività-impulsività. Ogni area è rispettivamente contraddistinta da 9 sintomi caratterizzanti e come indicato dal manuale diagnostico di riferimento (DSM-5, 2013), per diagnosticare tale disturbo del neurosviluppo è necessario che i sintomi:

- siano pari o maggiore a 6 nell'area riferita alla disattenzione o in quella dell'iperattività impulsività (5 sintomi per adolescenti -17 o più anni- e per adulti);
- si manifestino e persistano per almeno 6 mesi;
- si presentino prima dei 12 anni;
- si producano in due o più contesti (per esempio, a scuola, a casa, al lavoro, con amici o parenti, in altre attività);
- interferiscano o riducano la qualità e il funzionamento sociale, accademico o professionale, creando una grave disfunzionalità nella vita quotidiana.

La diagnosi di ADHD del tipo prevalentemente inattentivo compare nel 20-

30% dei casi, quella prevalentemente iperattiva/impulsiva in meno del 15%, mentre il sottotipo combinato si presenta nel 50-75% dei casi (Barkley, 2005).

Nello specifico il primo sintomo nucleare di questo disturbo è caratterizzato da un deficit, ovvero da un indebolimento transitorio o permanente, delle funzioni attentive.

L'attenzione è definibile in vari modi poiché diversificati sono i sottostanti processi psicologici che riconducono al medesimo concetto. "L'attenzione è la capacità di focalizzare, cioè di portare e mantenere nel focus attentivo gli stimoli presenti nell'ambiente esterno e di organizzare risposte appropriate" (Ianes et al., 2009, p.13). Questo processo attivo di analisi di input provenienti dal contesto esterno e finalizzato al raggiungimento di specifici obiettivi è connotato da precisi aspetti evolutivi. Entro il dodicesimo mese di vita del bambino prevale il sistema di orientamento/investigazione e dopo il primo anno emerge un sistema controllato e volto al conseguimento di scopi (Ruff e Rothbart, 1993). In tale sistema vengono attivate con l'età varie tipologie di processi attentivi ed in tal senso è preferibile parlare di un modello multicomponentiale di attenzione. Ci possono essere diverse funzioni dell'attenzione avviate separatamente o sincronicamente. Alle tre categorie proposte da Posner e Boies (1971) e poi riprese da Kirby e Grimley (1989), riconducibili all'attenzione selettiva, alla capacità attentiva e all'attenzione prolungata, optiamo per la più completa rassegna presentata in Marzocchi, Molin & Poli (2000). Le componenti attentive vengono così a comprendere le tre precedentemente indicate unitamente ad altre due per complessive cinque tipologie che di seguito vengono analizzate nello specifico.

L'attenzione selettiva indica la capacità del soggetto di considerare e rispondere solo agli stimoli significativi di una situazione o di un compito ignorando quelli irrilevanti. Saper selezionare significa pertanto saper discriminare gli stimoli permettendo l'accesso e l'elaborazione di quelli rilevanti al focus attentivo. L'attenzione selettiva - a secondo dei sistemi neurologici che ne determinano il funzionamento e che si collocano in due

aree cerebrali diverse- si distingue in: automatica e controllata. Nel primo tipo vengono attivate le aree corticali posteriori (parietali), nel secondo tipo sono interessate le aree corticali frontali (Ruff e Rothbart, 1993). Una buona attenzione selettiva dipende inoltre dalle caratteristiche degli input esterni, dall'efficienza del sistema cognitivo di fronte alla varietà di stimoli sensoriali, nonché dall'efficacia dei processi legati alla memoria.

L'attenzione focale agisce in modo sinergico e concertato con l'attenzione selettiva ed è da intendersi "come l'insieme delle informazioni selezionate in una data situazione, tenendo conto dei limiti spazio-temporali di quel momento (...) è focalizzata quando viene diretta in modo specifico su un solo bersaglio e compito, senza essere impegnata nell'elaborazione contemporanea di due, o più, insiemi di informazioni." (Marzocchi et al., 2000, p.9)

L'attenzione mantenuta viene messa in atto quando per lo svolgimento di un compito uno sforzo cognitivo prolungato è richiesto al soggetto. I tempi in cui l'attenzione sostenuta mantiene la sua efficienza dipendono dall'età (i bambini hanno tempi più ridotti rispetto agli adulti), dalle caratteristiche delle informazioni e dalle caratteristiche degli stimoli. Marzocchi et al. (2000) indicano tre parametri predittivi delle prestazioni attentive degli alunni: la salienza, ossia l'attributo che lo stimolo possiede per attirare l'attenzione delle persone, il tipo di compito, ovvero le sue caratteristiche di novità, piacevolezza e coinvolgimento contro quelle di ripetitività e complessità, l'interattività della situazione cioè la possibilità di operare in un contesto di relazione e/o supervisione che può giocare un ruolo in termini di motivazione, stimolo, guida, regia, gratificazione, ecc.

L'attenzione divisa si manifesta quando per l'esecuzione di un compito è necessario mantenere contemporaneamente l'impegno attentivo su una pluralità di stimoli, giungendo all'elaborazione di una complessità d'informazioni senza che nessuna prevalga sull'altra o contrasti col focus attentivo. La maggior parte dei compiti cognitivi si presenta attraverso stimoli multipli e l'attenzione divisa è proprio quella che permette ad esempio di ascoltare un oratore, comprendere il discorso, prendere appunti scrivendo e

organizzando i contenuti anche secondo modalità espositive o grafiche. La contemporaneità delle azioni realizzate efficacemente dipende da un'attenzione che condivide il focus estromettendo quegli stimoli concorrenti che possono interferire con l'attività principale. Affinché ciò avvenga in modo ottimale è necessario ridurre le interferenze strutturali (l'accesso e l'utilizzo dello stesso sistema di risposte per eseguire più compiti) e le interferenze di risorse (intese come risorse mentali per eseguire un multitasking)

Lo schift attentivo si realizza nel momento in cui un soggetto è in grado di spostare il fuoco dell'attenzione da un oggetto, compito, stato, ad un altro presente nel contesto circostante. Più un individuo cresce più eserciterà questa modalità, tenuto conto che "La capacità di compiere adeguati schift di attenzione si sviluppa verso gli 8-9 anni quando le regioni anteriori della corteccia sono maggiormente sofisticate e permettono un più fine controllo dell'attenzione." (Marzocchi et al. 2000, p.13)

Nei soggetti ADHD, che presentano **deficit attentivi**, si presentano aree di forte criticità in merito all'attenzione. Sintomi di disattenzione possono comparire in tutti in determinate circostanze ma nei soggetti con ADHD tali comportamenti si manifestano con un'insorgenza precoce (prima dei 7 anni), risultano inappropriati rispetto allo stadio di sviluppo, sono pervasivi poiché si manifestano in più contesti di vita, sono interferenti e compromissori con le attività quotidiane (Linee Guida SINPIA, 2002). Fedeli (2013) sostiene che "è ipotizzabile che il sistema attentivo posteriore funzioni adeguatamente, mentre quello anteriore non riesca a esercitare un efficace controllo cognitivo." (Fedeli, 2013, p.36) Lo stesso autore sostiene che il sistema attentivo posteriore, rappresentato a livello cerebrale soprattutto nella corteccia parietale, nel talamo e in alcuni circuiti sottocorticali, è implicato nei processi automatici (Schachar, Logan, 1990; Rapport, Scanlan, Danney, 1999; Hazzell, Carr, Lewin, 1999), ed è pertanto guidato dall'esterno in modo inconsapevole o comunque prima del controllo volontario da parte del soggetto. (Ivi, p.34) Viceversa, il sistema anteriore, svolto dalle aree prefrontali (Barkley, 2006, Leclercq, 2002, Leung & Connolly, 1994) "è responsabile del controllo cognitivo che ci permette di guidare dall'interno

l'attenzione verso obiettivi significativi: il soggetto cioè agisce in modo strategico e volontario, sganciandosi dagli stimoli ambientali e organizzando la propria attenzione in base a piani formulati internamente, secondo un processo top-down." (Ivi, p.35) Ciò spiega che i soggetti con ADHD presentano un deficit non nell'attenzione in senso stretto quanto nella consapevole, attiva e intenzionale manifestazione della stessa dovuta a una scarsa inibizione degli stimoli esterni. L'attenzione selettiva è fortemente minacciata da elementi distrattori che intervengono sui tempi di concentrazione incidendo sulla qualità o sulla completezza dei task. Basti pensare a un bambino o ragazzo in un contesto classe, che per lo svolgimento di un compito è tenuto ad ascoltare e comprendere le consegne orali del docente, mentre i compagni parlano o la campanella suona o entrano operatori scolastici. In queste circostanze –altamente legate alla quotidianità- un individuo con ADHD si trova in condizione di forte criticità, poiché stimoli non rilevanti o marginali non vengono riconosciuti come tali e finiscono per inficiare il processo attentivo riferito al compito. Non si tratta in assoluto di mancanza di attenzione, quanto di un deficit che si manifesta nella tendenza a spostare di continuo l'attenzione in base alla mera salienza percettiva degli stimoli, risultando inadeguato nella capacità di concentrarla in modo stabile e continuativo su un'attività o un compito.

In collegamento a quanto esposto, l'aspetto che in modo emergente e conclamato caratterizza ulteriormente gli ADHD è quello riferito all'attenzione mantenuta che ad esempio nei bambini che presentano tale disturbo si manifesta in un facile decadimento d'interesse per i lavori scolastici, per direzionare la propria attenzione ed il proprio interesse verso nuovi stimoli, che non costringono ad un impegno continuativo e che generalmente prevedono riconoscimenti tempestivi e gratificazioni più immediate. Per questi individui i sintomi di disattenzione si configurano quindi in una difficoltà a mantenere l'attenzione e a lavorare continuativamente su uno stesso compito per lo stesso periodo di tempo dei coetanei. Il rischio certamente aumenta se le attività sono ripetitive o prolungate mentre si riduce nel caso di eteroregolazione a guida adulta (Capodieci & Cornoldi, 2013). "Crescendo

anche i bambini con DDAI diventano più abili nel completare i compiti con la minima assistenza degli adulti; purtroppo però rimane sempre un divario tra le loro prestazioni attentive e quelle dei loro coetanei: un divario di circa il 30%. Questo significa che un bambino di 10 anni con DDAI è capace di prestare attenzione come un bambino di circa 7 anni.” (Marzocchi, 2003, p. 17)

Il secondo sintomo nucleare che interessa gli ADHD è **l'iperattività/impulsività**, che può associarsi o meno al deficit d'attenzione. L'iperattività si esprime attraverso un inadeguato o un eccessivo livello di attività motoria, verbale o vocale e forte irrequietezza.

L'impulsività è dovuta a un deficit d'inibizione. Joel Nigg (2001), distingue i processi inibitori in tre tipologie: gli esecutivi, i motivazionali ed infine gli automatici.

I primi si riferiscono alle attività psicomotorie che consentono all'individuo di controllare le informazioni interferenti e le risposte inadeguate. I secondi, i processi inibitori motivazionali, sono invece quelli che - modulati da fattori emotivi - controllano una serie di comportamenti. Infine l'inibizione automatica controlla le risposte rapide al fine di ignorare le stimolazioni ambientali non importanti e selezionare solo quelle rilevanti rispetto al compito o all'attività.

In sintesi l'impulsività si manifesta come incapacità a inibire risposte o comportamenti inadeguati rispetto al momento e al contesto. Tali sintomi appaiono con maggiore evidenza nei bambini rispetto agli adolescenti e agli adulti. L'irrequietezza motoria, non sempre finalizzata ad uno scopo, si esprime in un continuo dimenarsi, agitarsi, toccarsi mani e piedi; i bambini mostrano incapacità nello stare seduti in classe come gli adulti in ufficio o sul posto di lavoro. Come indica il DSM-5 tali soggetti sono “*on the go*” (DSM-5, p.60), quasi avessero permanentemente attivato un motorino. Inoltre manifestano difficoltà di ascolto rispetto agli altri, non riuscendo a rispettare i turni di conversazione, completando le risposte prima del completamento delle domande, interrompendo o intromettendosi nelle conversazioni come anche negli spazi e nelle attività altrui. L'eccesso di movimento si

accompagna ad un eccesso di parole, frequentemente espresse con toni di voce elevati.

I soggetti non riescono a rispettare le convenzioni sociali date da specifici contesti: in ambito scolastico/lavorativo manifestano forti problematiche a rispettare le regole dettate della microcomunità di riferimento, in ambito ricreativo trovano difficoltà a dedicarsi tranquillamente a un gioco o a uno sport. Ciò produce inevitabili e negative conseguenze, interferendo o riducendo la qualità e il funzionamento sul piano sociale, accademico e professionale.

L'iperattività dei bambini con ADHD è confermata dagli studi di Rosemary Tannock (in Marzocchi, 2009, p.21), la quale ha dimostrato –grazie all'utilizzo di speciali sensori- che il movimento delle braccia dei bambini iperattivi è doppio rispetto alla popolazione di controllo, mentre quello delle gambe è addirittura quadruplo. La ricercatrice canadese ha inoltre comprovato che nell'arco della giornata il livello di attività dei bambini con ADHD è sempre superiore rispetto ai coetanei, implementandosi nella tarda mattinata o nel pomeriggio scolastico. Ciò è stato letto come una strategia messa in atto dal bambino iperattivo per contrastare il decadimento dell'attenzione.

Per quanto concerne l'impulsività va detto che “porta con sé una ridotta capacità di analisi dei rischi e dei pericoli nascosti nelle attività di tutti i giorni, e questo spiega il motivo per cui i ragazzi con iperattività sono più soggetti ad essere coinvolti in incidenti, e anche perché possono non avere una giusta cognizione del denaro.” (Marzocchi, 2003, p.20)

1.3 I modelli interpretativi

I sintomi primari dell'ADHD, deficit di attenzione, iperattività e impulsività, trovano manifestazione anche attraverso una molteplicità di disturbi secondari. Per tracciare in modo completo una mappatura dei deficit cui incorre un individuo con ADHD, nel corso degli anni sono stati avanzati dei modelli esplicativi. Questi hanno abbandonato uno schema causale semplice che evidenziava una singola disfunzione del disturbo, per abbracciare invece la multifattorialità e multidimensionalità della patologia, in cui fattori eziologici,

patogeni e neuropsicologici s'incontrano e danno luogo a manifestazioni cliniche differenziate. Ciò spiega la molteplicità e varietà di studi e ricerche che, a partire dagli anni '70 del secolo scorso, hanno concentrato l'attenzione sui deficit e sulle conseguenti disfunzionalità dei soggetti con ADHD. In tale cornice è possibile individuare rispetto ai modelli neuropsicologici alcuni distinti filoni interpretativi.

1 Il modello di Virginia Douglas (1972) individua quattro deficit primari per l'ADHD:

- difficoltà nel mantenimento dello sforzo,
- ricerca intensa di stimolazioni e gratificazioni immediate,
- difficoltà nel controllo degli impulsi,
- difetto di modulazione dell'arousal psicofisiologico.

Il modello dei sintomi primari individuato dalla Douglas conduce a un complessivo **deficit di autoregolazione** che va letto in termini di: carenze a livello di pianificazione, difficoltà di organizzazione, limiti nelle funzioni esecutive, ovvero nel complesso sistema di moduli funzionali che regolano i processi di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo, che, a loro volta, dirigono l'attivazione e la modulazione di schemi e processi cognitivi.

Le ricerche della Douglas sono state decisive per direzionare l'attenzione sui processi cognitivi dei soggetti con ADHD. Tale cambio di prospettiva è stato così radicale e significativo da influire in modo sostanziale nella descrizione nosografica del disturbo presentata nel DSM-III (APA, 1980), in cui è stata posta –rispetto al passato- una considerazione maggiore ai deficit cognitivi rispetto a quelli comportamentali.

2 Successivamente **Barkley (1997, 2006)**, riprendendo gli studi della Douglas ha proposto un modello ibrido, per il quale la lettura del disturbo ADHD va fatta in termini di **deficit del controllo inibitorio e deficit delle funzioni esecutive**. Alla base di tale modello si pone l'insufficiente inibizione comportamentale deputata a controllare nel soggetto le interferenze che intervengono nel corso di un'attività orientata all'obiettivo. Tale compromissione produce disfunzionalità in quattro ambiti:

- deficit nella memoria di lavoro, ossia nella capacità di trattenere le informazioni rilevanti per un compito escludendo quelle interferenti;
- limitazioni nella capacità generativa, cioè nella capacità di un soggetto di scomporre un'attività complessa in più elementari sequenze di azioni e di poter trasferire le competenze apprese in nuovi campi di esperienza (cfr. Fedeli, 2013, p.16-18) creando strategie e manipolando le informazioni per risolvere problemi (problem solving);
- assenza di linguaggio interno *self-direct speech*, ovvero di un fondamentale sistema autoregolativo che permette al soggetto di ripetersi subvocalmente le istruzioni per lo svolgimento di un compito, escludendo ed inibendo stimoli interferenti;
- deficit motivazionale, da intendersi come incapacità di persistere nello sforzo anche alla luce delle difficoltà incontrate nei differenti contesti di vita, che interviene anche nell'arousal e nell'autoregolazione emotiva.

3 Gli anni '90 hanno visto emergere la proposta del **modello energetico-cognitivo** del gruppo coordinato da **Sergeant** (Sergeant & Van der Meere, 1990; Sergeant et al., 1999) secondo cui i soggetti con ADHD manifestano una compromissione a livello di esecuzione motoria e un deficit nella componente di controllo superiore ovvero delle funzioni esecutive. Il modello –fondato sulla teoria esplicativa di un deficit nella regolazione degli stati fisiologici- prevede tre livelli di elaborazione delle informazioni:

- il livello sovraordinato che coordina le azioni ed è la sede delle funzioni esecutive (secondo Sergeant: rappresentazione mentale del compito, pianificazione, monitoraggio, inibizione, deferimento di una risposta, individuazione e correzione degli errori allo scopo di mantenere un adeguata condizione di problem-solving);
- Il livello energetico in cui agiscono: l'*effort*, lo sforzo utile per lo svolgimento di un compito; l'arousal, l'energia necessaria per fornire risposte rapide rispetto agli stimoli; l'*activation* l'energia necessaria per mantenere la vigilanza;
- Il livello di elaborazione delle informazioni costituito dai sistemi di decodifica, processazione (elaborazione centrale) e

organizzazione della risposta anche a livello motorio.

4 A Sonuga-Barke (1992) fa capo il **modello della Delay Aversion Theory**, secondo cui gli individui con ADHD –soprattutto nel sottotipo combinato- sono portati a ricercare una ricompensa immediata seppur piccola, piuttosto che una maggiore ma dilazionata nel tempo. I sintomi si presentano come meccanismi compensativi per ridurre la percezione temporale che li separa dallo sforzo, ovvero l'iperattività si presenta come meccanismo compensatorio e si accompagna anche a una rapida saturazione ai rinforzi. Per Solanto e collaboratori (2001) la *delay aversion* e la disfunzione esecutiva sono costrutti indipendenti, ciascuno implicato nel disturbo e presenti -da soli o associati- in specifici sottogruppi di individui ADHD. Il modello di Sonuga-Barke che pone al centro la difficoltà a posticipare la gratificazione e quindi un deficit nei meccanismi di risposta alla ricompensa, è a due vie: da un lato spiega come l'ADHD sia un disturbo della regolazione del pensiero e dell'azione, dall'altro intende l'ADHD come stile motivazionale con caratteristiche cognitive acquisite.

5 Myake e colleghi (2000) attraverso un'analisi sistematica della letteratura scientifica di settore, hanno individuato alcune essenziali funzioni esecutive di base, che riconducibili ai medesimi processi condivisi sono valutabili e riducibili a 3 componenti :

lo *shifting*, ovvero la flessibilità cognitiva che permette lo spostamento da un'operazione all'altra,

l'*updating*, la codifica delle informazioni rilevanti e il loro aggiornamento per mezzo di una consapevole manipolazione dei dati in memoria,

l'*inhibition*, ossia la capacità di annullare risposte cognitive e comportamentali automatiche e non idonee all'input ricevuto.

Riprendendo le 3 componenti proposte da Myake, Adele **Diamond** (2013), ha elaborato un modello delle FE in età evolutiva che pone al centro il controllo inibitorio, a sua volta distinto in inibizione di risposte e controllo dell'interferenza (cognitiva e di attenzione selettiva e focalizzata). La memoria di lavoro, sia essa verbale che visuo-spaziale, agisce sul controllo inibitorio attraverso il mantenimento degli obiettivi e dell'intenzionalità

dell'azione.

La letteratura internazionale e nazionale ha avuto riflessi e continuità negli studi e nelle ricerche realizzate nel panorama italiano, rispetto a cui citiamo i lavori più significativi.

Il modello avanzato da Vio, Marzocchi & Offredi (1999) riprendendo le teorie riferite al deficit del controllo inibitorio e alle funzioni esecutive, propone un modello focalizzato sul **deficit di autoregolazione**, che si manifesta sul piano cognitivo, esecutivo, comportamentale, relazionale ed emozionale. Di seguito viene presentata una sintesi riferita al bambino con ADHD.



Fig. 1.1 Il modello di deficit regolativo (Cornoldi, De Meo, Offredi & Vio, 2001)

Recentemente i maggiori contributi epistemologici si sono rivolti al deficit esecutivo (Marzocchi et al., 2008) la cui compromissione in soggetti con

ADHD inficia i processi atti a anticipare, progettare, stabilire obiettivi, realizzare azioni, modificare il proprio comportamento in funzione dei contesti e degli scopi.

La multidimensionalità nella lettura dell'ADHD è ripresa da Fedeli (2008a, 2013), che propone di approcciare il disturbo secondo un **modello fattoriale** costruito a partire da tre aree di problematicità, quali:

- deficit da inibizione cognitiva, che si manifesta attraverso un ridotto linguaggio interno, una scarsa tolleranza alla frustrazione ed una rigidità cognitiva;
- limitato orientamento e ridotta persistenza nel compito, che si mostrano attraverso una difficoltà nella memoria di lavoro, una ridotta pianificazione delle attività ed un'alterata percezione temporale;
- deficit di controllo motorio, che si traduce in aggressività, oppositività ed irrequietezza motoria (Fedeli, 2013, p.19).

Le ipotesi neuropsicologiche fin qui tratteggiate hanno delineato la pluralità di approcci e letture che nel corso degli anni si sono succedute e implementate nel rilevare le tipologie di disturbi generati dai sintomi nucleari dell'ADHD. Globalmente si evidenzia la prevalenza di 2 filoni interpretativi basati su:

- modelli prevalentemente cognitivi,
- modello motivazionale.

I modelli neuropsicologici offrono prospettive ed approcci differenti ma tutti complessivamente concordano nel ricondurre i sintomi primari dell'ADHD – secondo la letteratura scientifica esaminata- a molteplici disturbi secondari che riguardano:

- limitata concentrazione sul compito per limiti di selettività attentiva rispetto agli input (stimolazioni relative al compito) e alle interferenze esterne (rumori , immagini ambientali, ecc.) e interne (flussi di pensiero, immagini mentali, ecc.);
- deficit di memoria di lavoro (problemi mnestici di alunni con ADHD si collocano nella memoria a breve termine e in particolare nella working memory);

- assenza di linguaggio interno (ossia della capacità del soggetto di ripetersi subvocalmente le istruzioni per un compito inibendo pensieri e stimoli interferenti - comprende le istruzioni necessarie per l'esecuzione corretta di un'attività o di un compito, dialogo che guidato ed esterno nei primi anni di vita diviene via via interiorizzato e autonomo);
- parziali capacità di pianificazione del compito o delle attività;
- difficoltà di autocontrollo e inibizione comportamentale e quindi impulsività sia nella sfera verbale che in quella motoria;
- bassi livelli di motivazione e autostima;
- bassa tolleranza alla frustrazione agli sbagli, allo sforzo mentale costante, all'attesa del risultato.

1.4 Le disfunzionalità

L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo che se non correttamente diagnosticato e trattato ha pesanti e gravi incidenze nei vissuti, nella quotidianità degli individui e nell'adattamento nei diversi contesti di vita.

I disturbi dei soggetti con ADHD hanno come conseguenze alterazioni funzionali che si manifestano in plurimi domini: rispetto al sé, nella dimensione delle relazioni familiari, nel contesto scolastico, nelle più differenti situazioni sociali e professionali. "Va sottolineato che né le predisposizioni primarie né i disturbi secondari del bambino ADHD possono essere adeguatamente compresi se vengono considerati separatamente." (Kirby & Grimbey, 1989, p.41)

Gli individui con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività/impulsività maturano delle pesanti alterazioni disfunzionali **nell'ambito relativo al sé**. Presentano una dimensione di labilità emotiva che si manifesta attraverso irritabilità, improvvise alterazioni emozionali, bassa tolleranza alla frustrazione, disforia, iper-reattività emozionale e deficit di riconoscimento emotivo. A causa di ciò si sentono spesso rifiutati e non amati, frequentemente si percepiscono come poco intelligenti e hanno un concetto di sé negativo (Tabassam et al., 2002) attivando un meccanismo di perdita di

fiducia in se stessi. La bassa autostima produce demoralizzazione, solitudine, sentimenti abbandonici, senso d'inadeguatezza di fronte a rimproveri e rifiuto sociale. Il calo e la mancanza di autostima, soprattutto nei bambini e negli adolescenti, trova una compromissione nel giudizio negativo degli insegnanti, dei coetanei e della famiglia. Nei bambini, negli adolescenti e negli adulti ciò diviene vettore d'insuccessi accademici, sportivi e professionali. Gli insuccessi occorsi durante le esperienze curricolari, lavorative o professionali, se non adeguatamente supportati possono favorire lo sviluppo di uno stile di impotenza appresa, *learned helplessness* (Seligman, 1975). La disistima è inoltre un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi depressivi e d'ansia e può condurre poi verso comportamenti autodistruttivi. In sintesi l'ADHD risulta essere fattore d'indebolimento dell'immagine di sé e conseguentemente di indebolimento del Sé cognitivo, emotivo, intellettuale, familiare e sociale.

Nella **dimensione domestica** l'ADHD impatta fortemente ripercuotendosi con conseguenze significative su tutti i membri della famiglia. I genitori si trovano in forte difficoltà nella quotidianità interna ed esterna al nucleo domestico per la gestione del figlio o della figlia con tale disturbo, a causa dei suoi comportamenti inadeguati e della mancanza di rispetto delle regole. Ciò produce un senso d'inadeguatezza che via via si amplifica inducendo i genitori a pensare di essere incapaci nel sostenere e nello svolgere il proprio compito genitoriale. Analogamente, fratelli o sorelle di bambini o adolescenti con ADHD si trovano in frequenti problematiche a causa delle manifestazioni dirompenti del congiunto, cosa che produce uno stress familiare costante e mette in situazioni di difficoltà di fronte a parenti, amici e contesti di socialità. I fratelli vivono condizioni di forte disagio che spesso si accompagnano anche a una percezione di trascuratezza da parte dei genitori, i quali frequentemente si trovano nell'inevitabile condizione di dover convogliare la gran parte delle attenzioni sul figlio che manifesta le maggiori criticità.

Le difficoltà funzionali rispetto al Sé e le disfunzionalità in ambito familiare s'intrecciano significativamente con il dominio del **deficit di socializzazione**, in un perverso rapporto circolare di causa-effetto. La ridotta capacità di

regolare le emozioni conduce a problematicità che si espandono oltre il contesto domestico. I bambini e gli adolescenti con ADHD presentano chiari difficoltà relazionali anche con i coetanei poiché tendono ad essere invasivi e talvolta aggressivi o distruttivi. Non rispettano i turni di parola, manifestano incapacità nel cogliere gli indizi sociali non verbali e sono inabili nel permanere in situazioni scolastiche, ludiche o sportive che prevedono il rispetto delle regole, incorrendo così in rimproveri o rifiuti (Rakesh J. Et al., 2003). La più immediata conseguenza è l'emarginazione dal gruppo dei pari che conseguentemente porta in tali individui a una tendenza all'isolamento, alla difficoltà di mantenere amicizie durature nel tempo, alla ricerca di rapporti con soggetti più piccoli per età e con richieste meno complesse. Similari difficoltà si presentano nelle interazioni con gli adulti rispetto a cui manifestano comportamenti e atteggiamenti che conducono con frequenza a sanzioni, rimproveri e anche punizioni. Pelham e Millich (1984) sostengono che i genitori, gli insegnanti e gli stessi coetanei ritengono che i ragazzi con ADHD presentino alcune difficoltà in ambito sociale, con particolare riferimento alle relazioni interpersonali.

L'articolata cornice di disfunzionalità sinteticamente tratteggiata fino a qui produce delle pesanti conseguenze anche sul **piano accademico**. I bambini e i ragazzi con ADHD, proprio a causa della ridotta attenzione, di un deficit di controllo delle risorse cognitive, di stili relazionali impulsivi e di difficoltà di autoregolazione emotiva manifestano tutte le loro difficoltà nel contesto classe attraverso una incapacità a mantenere i ritmi di apprendimento e uno scarso adattamento alle esigenze scolastiche. E' proprio nel contesto aula, dove ci si aspetta che gli studenti prestino attenzione, eseguano le consegne, occupino uno spazio ed un ruolo definiti, che i soggetti con ADHD rendono più evidenti e manifeste le loro difficoltà. Ci sono "buone ragioni" che spiegano le difficoltà scolastiche, queste dipendono dai disturbi primari e inducono tali individui ad essere facilmente affaticabili, ad investire poco nell'attendere risultati o obiettivi accademici per scarsa stima di sé, bassa motivazione, esiguo livello di auto-efficacia e scarsa autoregolazione

comportamentale e apprenditiva. Secondo Lambert e Sandoval (1989) e Barkley (1981), tra il 50% e l'80% dei ragazzi con ADHD presenta difficoltà di apprendimento scolastico. Il problema è determinato da un sistema ad interazione circolare tra una lacunosa autoregolazione attentiva dei processi cognitivi e debolezza di strategie di organizzazione, pianificazione ed esecuzione che non vengono adottate in modo funzionale. Va precisato che il soggetto con ADHD non manifesta specifiche difficoltà nei processi cognitivi stimolati dal compito, quanto nella loro regolazione e nella scarsa possibilità di costruzione di strategie efficaci e flessibili adeguate al compito. Un tale profilo cognitivo determina conseguenze negative nella comprensione di testi scritti, nello studio e nella soluzione di problemi aritmetici (Marzocchi, 2000). Specifici indicatori di rischio si presentano con evidenza agli insegnanti i quali possono rilevare in questi studenti: frequenti interventi, continue distrazioni con conseguenti solleciti, bassa tolleranza alle frustrazioni, disimpegno a fronte di buone capacità, consegne eseguite parzialmente o frettolosamente, caoticità/disordine e difficoltà nella gestione dei materiali e dello spazio banco. Le classiche misure disciplinari, quali rimproveri, note o punizioni, finiscono per produrre –contrariamente rispetto alle intenzioni- atteggiamenti oppositivi, di chiusura e di ulteriore implementazione della disistima. Tutto ciò conduce bambini e adolescenti con ADHD verso un basso rendimento scolastico e atteggiamenti di disaffezione verso la scuola che possono tradursi in forme di vero e proprio disagio scolastico, insuccesso sino a forme di vera e propria dispersione scolastica (cfr. Cap.4). Va rilevato che le difficoltà e gli insoddisfacenti risultati in ambito accademico trovano continuità -in età adulta- in criticità ed esiti inadeguati o negativi in contesto lavorativo-professionale. Va infine sottolineato che l'elevato rischio evolutivo presente nei bambini e ragazzi con ADHD conduce non solo alle disfunzionalità fin qui tratteggiate ma è elemento favorente per condotte antisociali, ovvero trigger per comportamenti devianti quali riluttanza verso l'autorità, possibili incidenti e infortuni, rischio di abuso di sostanze stupefacenti, problemi con la giustizia. L'impairment funzionale diviene così esteso da trasformarsi in un fallimento

adattivo su tutti i piani di vita individuali (Faraone et al., 2001).

1.5 Le comorbilità

Gli individui con ADHD presentano, oltre a manifestazioni legate ai sintomi nucleari, che si traducono in disturbi secondari e disfunzionalità, anche altre possibili associazioni psicopatologiche. Compito sostanziale del clinico è quello di verificare la presenza di possibili comorbilità, che possono essere trasversali se si presentano sincronicamente o possono essere longitudinali se compaiono in successione temporale. Caron e Rutter (1991) definiscono la comorbilità come “la presenza simultanea di due o più condizioni morbose non correlate”, mentre Mc Conaughy e Achenbach (1994) la spiegano come “coesistenza nello stesso individuo di due o più disturbi distinti” (in Scheriani, 2007, p.25).

Per gli ADHD è frequente la compresenza trasversale di patologie. Secondo Ianes “Oltre $\frac{3}{4}$ dei bambini con ADHD presentano un disturbo associato” (Ianes et al., 2009), mentre Barkley indica nell’80% la prevalenza di associazione tra ADHD e altri disturbi dello sviluppo neurologico (Barkley, 1996).

“La presenza contemporanea di più disturbi può avere un impatto più complesso sulla prognosi e sulla gestione del bambino, dell’adolescente e dell’adulto con ADHD (Ianes, 2009, p.47) Lo studio delle comorbilità è pertanto sostanziale per individuare raggruppamenti omogenei di pazienti al fine di analizzare clinicamente i fenomeni, precisare le prognosi e predisporre interventi puntuali. Tale studio risulta altresì utile per la comprensione dell’evoluzione naturale dell’ADHD dal bambino all’adulto, poiché l’associazione tra disturbi può variare nel corso della vita di un individuo.

Masi (2005) parla di “falsa” comorbilità nel caso in cui i casi clinici non rappresentano condizioni associate ma sono espressioni diverse dello stesso disturbo di ADHD, dovute a variabili del fenotipo, oppure nel caso in cui esistono diversi sottotipi, come le varianti genetiche, nella eterogenea sindrome di ADHD, che legittimano la multiformità della manifestazione

clinica. Lo stesso autore indica invece con “vera” comorbidità le situazioni in cui i sintomi sono ascrivibili a disturbi diversi ed indipendenti (come il disturbo della condotta o il disturbo depressivo) e situazioni in cui i disturbi sono tra loro dissimili ed indipendenti, ma la loro frequente associazione è attribuibile alla presenza di una vulnerabilità comune, genetica e/o ambientale. Masi dichiara inoltre che l’ADHD può rappresentare una manifestazione precoce del disturbo associato che può annunciarsi successivamente e che l’ADHD è una condizione che aumenta il rischio di comparsa di altri disturbi. (Masi, 2005, p.90)

Il DSM-5 (2013) riserva uno specifico paragrafo alle comorbidità dell’ADHD. Indica che il disturbo oppositivo provocatorio si mostra in circa la $\frac{1}{2}$ dei bambini che presentano un ADHD del sottotipo combinato e circa in $\frac{1}{4}$ del tipo prevalentemente disattento. Il disturbo della condotta interessa circa $\frac{1}{4}$ dei bambini e degli adolescenti con tipologia combinata. Il manuale indica altre forme di comorbidità che afferiscono a: disturbi specifici di apprendimento, disturbi dell’umore, disturbi d’ansia e disturbi depressivi (che si verificano in una minoranza di individui con ADHD, ma più spesso rispetto alla popolazione generale), disturbi di personalità antisociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo dello spettro autistico e “tic disorders”. Ianes (2009) segnala come comorbidità più frequenti quelle in associazione rispettivamente a: disturbo oppositivo provocatorio o disturbi della condotta, disturbi specifici di apprendimento, disturbi d’ansia, disturbi evolutivi della coordinazione. In precedenza le ricerche condotte da Munir et al. (1987) e Barkley (1981) hanno indicato come disturbi più frequenti in associazione all’ADHD le seguenti tipologie: disturbo oppositivo provocatorio e disturbo della condotta, disturbi di apprendimento, disturbi dell’umore, disturbi d’ansia, disturbo ossessivo compulsivo e sindrome di Tourette, disturbi pervasivi dello sviluppo (autismo ad alto funzionamento) e ritardo mentale.

Per quanto attiene le prevalenze epidemiologiche dei fenomeni di comorbidità possiamo riferirci a Barkley (2006) che indica come molto frequente, ossia superiore al 50% l’associazione dell’ADHD al disturbo oppositivo provocatorio e al disturbo della condotta; mediamente frequente, ovvero con

incidenze inferiori al 40%, i disturbi specifici di apprendimento, i disturbi del linguaggio, il disturbo evolutivo della coordinazione e i disturbi d'ansia. Sempre secondo l'autore si presentano con percentuali inferiori al 20% comorbidità legate alla depressione, ai disturbi dello spettro autistico, al ritardo mentale e ai tic.

Da alcuni recenti dati italiani presentati nello studio di Reale et al. (2014), effettuato in relazione al Registro ADHD della Regione Lombardia, emerge che su un campione di clinico di 753 pazienti, di età compresa tra i 5 e i 17 anni, il 64% presenta uno o più disturbi psichiatrici in associazione. Le comorbidità più significative riguardano nel 35% dei casi i disturbi dell'apprendimento DSA, nel 14% i disturbi del sonno e nel 13% il disturbo oppositivo provocatorio. In precedenza Dell'Agnello et al. (2005), nella presentazione dei dati al Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, hanno indicato le seguenti tipologie di comorbidità con l'ADHD: 64% disturbo oppositivo provocatorio (DOP), 55% disturbo d'ansia, 42% disturbi specifici di apprendimento (DSA), 37% depressione, 25%, disturbo della condotta.

Di seguito viene presentata una sintetica rassegna delle comorbidità rilevate come più frequenti in letteratura medica.

ADHD e disturbi del comportamento: disturbo oppositivo provocatorio (DOP), disturbo della condotta (DC)

I disturbi neuropsichiatrici della sfera comportamentale che con più frequenza –secondo la letteratura clinica internazionale e nazionale- si associano all'ADHD sono il disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e il disturbo della condotta (DC).

Il primo si manifesta attraverso atteggiamenti suscettibili, ostili, di negazione e di sfida, che portano a compromissioni nel funzionamento sociale, accademico e professionale. Si esprime con maggiore evidenza nei soggetti che hanno temperamenti problematici e può associarsi o condurre a scarsa stima del sé, bassa tolleranza alle frustrazioni, labilità umorale e rischio precoce di dipendenze.

Il disturbo della condotta, spesso preceduto dal DOP, si manifesta attraverso una sistematica e persistente violazione dei diritti altrui e delle norme sociali in vari contesti di vita. I comportamenti sintomatici (prepotenze, minacce, intimidazioni, litigiosità, ecc.) si mostrano secondo una fenomenologia diversificata e -a seconda delle età- assumono forme via via più pesanti in bambini, adolescenti e adulti (aggressione, distruzione di beni, frode, furto, reati). Anche -e soprattutto per questo disturbo- le conseguenze sono estremamente pesanti sul piano del funzionamento relazionale, scolastico e lavorativo.

Le stime riferite alla compresenza di ADHD con queste due tipologie di disturbi comportamentali variano in letteratura. Come già anticipato il DSM-5 (2013) indica che nella popolazione generale il disturbo oppositivo provocatorio si presenta in circa metà dei bambini con ADHD di tipo combinato e in circa un quarto di coloro che hanno una diagnosi con prevalenza di disattenzione, mentre il disturbo della condotta interessa un quarto di bambini ed adolescenti con la tipologia combinata. Precedentemente le ricerche di Munir et al., (1987) hanno indicato una comorbilità tra ADHD e DOP pari al 59% e tra ADHD e DC del 36%. Altre ricerche italiane hanno indicato al 64% l'associazione con il disturbo oppositivo provocatorio (Dall'Agnello et al., 2005) e in 13% (Reale et al., 2014) e 25% (Dall'Agnello et al., 2005) la copresenza con il disturbo di condotta. Nel recente contributo di Pini, Novello, Baioni e Vio (2016) l'esame di un campione clinico di ADHD ha mostrato una comorbilità nel 69,4% dei casi, e -nello specifico- del 25% con il DOP.

Nel caso in cui l'ADHD si trovi associato a queste psicopatologie i sintomi nucleari si trovano ad essere aggravati attraverso un aumento di ansia, aggressività e bassa autostima, con conseguenti difficoltà relazionali. Si presenta quindi un forte rischio evolutivo che richiede tempestività negli interventi, al fine di evitare che ci possano essere progressioni verso disturbi a chiaro comportamento antisociale. In questa cornice le istituzioni scolastiche rivestono un ruolo di grande responsabilità nei possibili interventi anche alla luce del fatto che al di là di manifestazioni comportamentali

critiche è molto frequente una scadente resa scolastica, anche in presenza di un buon livello cognitivo (Masi et al., 2005)

ADHD e disturbi di apprendimento

I disturbi di apprendimento, noti più frequentemente con l'acronimo DSA, ovvero disturbi specifici dell'apprendimento, ostacolano nel soggetto il naturale esercizio di alcune abilità impedendo una completa autosufficienza nei percorsi apprenditivi. Non intervengono sul funzionamento intellettuale generale ma esclusivamente su specifici domini di abilità. In funzione del deficit funzionale si distinguono le condizioni cliniche di: dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia. Si tratta di disturbi evolutivi specifici che ostacolano i naturali processi di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo. Le disfunzioni neurobiologiche, che si trovano all'origine dei DSA, e i fattori ambientali determinano –nella loro interazione- il fenotipo del disturbo.

Il deficit di attenzione e iperattività/impulsività e i disturbi di apprendimento risultano associati secondo una percentuale che varia tra il 25 e il 40% (Semrud-Clickeman et al., 1992; Willcutt et al., 2000). Il grado di sovrapposizione è pertanto diverso a seconda dei differenti studi.

Secondo Marzocchi i disturbi di apprendimento interessano il 40% dei bambini con ADHD che, pur mostrando abilità intellettive nella norma, presentano forti aree di problematicità in contesto scolastico. (Marzocchi, 2003, p.25)

La compresenza di tali disturbi è spiegata dallo stesso autore secondo tre ordini di ragioni:

- il soggetto con ADHD sviluppa difficoltà di apprendimento a causa dei suoi problemi di attenzione e impulsività;
- il bambino con disturbi di apprendimento diventa evitante e svogliato nello svolgere i compiti scolastici manifestando sintomi e comportamenti analoghi agli ADHD;
- i sintomi che afferiscono all'ADHD e al disturbo di apprendimento si presentano contemporaneamente e per ragioni indipendenti. (Marzocchi, 2003, pp.25-26)

I modelli patogenici sono pertanto differenti. Nel primo caso il deficit d'attenzione e iperattività/impulsività diventa favorente nel facilitare e sostenere l'emergere di difficoltà specifiche (Rapport, 1999); nel secondo caso il disturbo di apprendimento è il disordine primario cui si sovrappone l'ADHD (Willcutt et al., 2005). Il terzo caso rappresenta l'associazione tra ADHD+DSA, ove non c'è rapporto causale tra i due disturbi, i quali –però– nella loro comorbidità aumentano il deficit funzionale e lo svantaggio evolutivo (Willcutt et al., 2005; Faraone, 2001).

Per entrambi i disturbi è elevata la componente ereditaria. Il coefficiente di ereditabilità per l'ADHD è stimato al 70-80% (Faraone et al., 2005) e ad esempio per la dislessia si colloca tra il 40-60% (Gayan et al., 1999; Ziegler et al., 2005). Secondo lo studio di Germanò, Gagliano, Curatolo (2010), i tassi di associazione rilevati tra ADHD e dislessia sono:

Epidemiological Data			
<i>Author</i>	<i>Cases</i>	<i>RD in ADHD</i>	<i>ADHD in RD</i>
August & Garfinkel, 1990	115 boys ADHD	39%	
Dykman & Ackerman, 1991	182 ADHD	45%	
Semrud-Clikeman et al., 1992	60 ADHD	38%	
Ginger et al., 1992	140 RD		39%
Willcutt & Pennington, 2000	209 RD		42% in males 18% in females
Mayes et al., 2000	86 ADHD	26%	
Loo et al., 2004	407 ADHD	18-23%	
Gayan et al., 2005	505 RD		36%
Wisniewska et al., 2007	28 ADHD	18%	

ADHD = attention deficit hyperactivity disorder; RD = reading disorder.

Fig. 1.2 Comorbidità tra ADHD e dislessia, in Germanò, Gagliano & Curatolo, 2010

Gli individui in età scolare che presentano ADHD+DSA hanno difficoltà nell'eseguire o nel portare a termine le attività e i compiti, hanno prestazioni peggiori rispetto ai coetanei in prove che indagano le funzioni esecutive, manifestando in particolare difficoltà nell'autoregolazione, nella pianificazione e nella memoria di lavoro. In ambito scolastico mostrano inoltre comportamenti destabilizzanti che producono difficoltà relazionali con i pari e sollecitano nei docenti atteggiamenti di possibile discredito o sanzione. Le forti criticità e ricadute negative rispetto alle prestazioni accademiche producono percorsi cortocircuitati, generati dal fatto che "il bambino non

conseguono buoni risultati, sviluppando problematiche motivazionali e d'immagine di sé che lo portano a evitare le attività scolastiche" (Ianes, 2009, p.49). Bambini e adolescenti con una tale comorbilità si ritrovano pertanto in una condizione di elevato rischio evolutivo, in cui la severità dei disturbi produce come effetti secondari una bassa autostima, problemi comportamentali e rischio di drop out scolastico (Willcutt, 2001).

ADHD e disturbi dell'umore

Con l'espressione disturbi dell'umore vengono indicate le sindromi psicopatologiche contraddistinte da un'alterazione o un'anomalia del tono dell'umore che in condizioni normali consente a un individuo di rispondere e di adeguare le proprie reazioni all'ambiente circostante. Nel caso dei disturbi depressivi (depressioni monopolari e bipolari come indicato nel DSM-5, 2013) le variazioni dell'umore ~attraverso un'alterata regolazione in termini di inibizione o eccitazione- si accompagnano ad una serie di sintomi che producono nel soggetto disagio o disfunzioni persistenti nel proprio contesto di vita, sia esso sociale, accademico o professionale.

La comorbilità tra ADHD e disturbi dell'umore coesisterebbe in una percentuale variabile compresa tra il 15% e il 75% (Scheriani, 2007, p.29). La divergenza tra stime epidemiologiche può certamente essere attribuita alla difficoltà di leggere le sintomatologie depressive in termine di patologia associata all'ADHD o di conseguenze disfunzionali date dal disturbo primario. Quest'ultima lettura non trova però riscontro nel momento in cui i sintomi depressivi permangono anche di fronte ad una remissione dell'ADHD ed in tal senso le due psicopatologie risultano avere un decorso indipendente.

ADHD e disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia indicano una diversificata tipologia di disturbi psichici che hanno come manifestazioni cliniche il disturbo generalizzato d'ansia, le fobie e il disturbo di panico. Si presentano attraverso comparsa d'inquietudine, paura e stati di tensione apprensiva che possono tradursi in differenti forme somatizzate. Negli individui con ADHD il disturbo d'ansia si presenta con una comorbilità pari al 30% (Scheriani, 2007) e può essere accresciuto se si

accompagna a situazioni ambientali negative, siano esse di natura familiare, scolastica, professionale. Le difficoltà di concentrazione in compiti cognitivi, l'irrequietezza motoria, l'irritabilità comportamentale e manifestazioni di demoralizzazione si presentano in soggetti con disturbi d'ansia, come anche in individui con ADHD. I bambini che presentano tale associazione patologica risultano meno impulsivi ed esposti a disturbi di condotta, mantenendo invece forti criticità in ambito relazionale, soprattutto nella fase adolescenziale. Ciò indica che tale comorbidità agisce in funzione protettiva nei confronti di una possibile devianza dissociale (Scheriani, 2007).

Dallo studio MTA condotto nel 2004, emerge che mentre nei soggetti senza comorbidità ansiosa il trattamento farmacologico o il trattamento combinato di farmaci e terapia pedagogico-comportamentale sono chiaramente più efficaci rispetto al solo trattamento psicoeducativo, nei bambini con comorbidità ansiosa la differenza tra trattamento comportamentale e trattamento farmacologico non è più significativa, mentre appare chiaramente superiore il trattamento combinato. Questi dati forniscono due indicazioni. In primo luogo l'utilità d'interventi non farmacologici; in secondo luogo il fatto che questi interventi, non centrati sui sintomi ansiosi quanto piuttosto sui sintomi nucleari dell'ADHD, migliorano comunque la sintomatologia ansiosa (Vulcani, 2011).

1.6 Eziopatologia del disturbo: aspetti neurobiologici e fattori di rischio

Numerosi contributi scientifici, ed in particolare la ricerca eziologica degli ultimi decenni, sono concordi nel sostenere che l'ADHD sia originato da cause multifattoriali, ovvero un connubio tra una disposizione neurobiologica, dovuta a fattori genetici ed elementi psicosociali dati da particolari condizioni ambientali di rischio. E' questa complessa combinazione di fattori biologici, genetici e contestuali, che agendo sia individualmente sia sinergicamente, produce un'alterazione delle risposte agli stimoli.

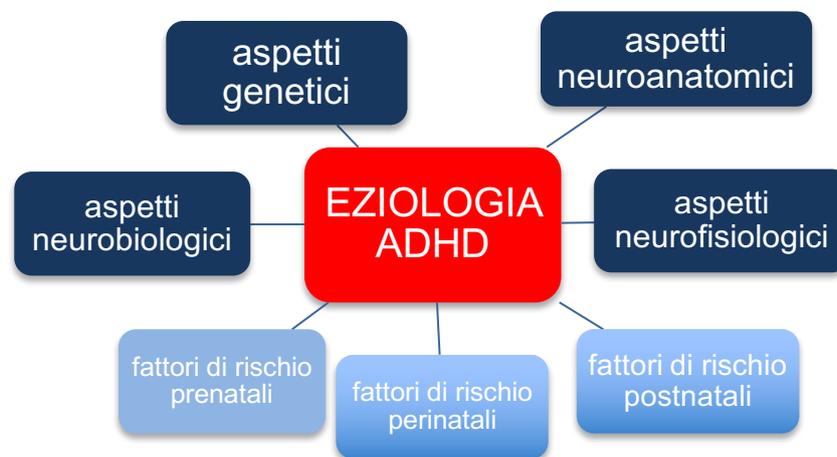


Fig. 1.3 Multifattorialità dell'eziologia dell'ADHD

Aspetti genetici

I geni rivestono un ruolo importante nello sviluppo dell'ADHD e due branche della genetica come indicato da Marzocchi et al. (2012) si sono occupate di individuare le determinanti del disturbo: la genetica delle popolazioni e la genetica molecolare.

La genetica delle popolazioni, attraverso i suoi studi più rilevanti, ha evidenziato la forte componente ereditaria del disturbo, tanto da ritenerla una delle cause principali (Gizer, Ficks & Waldman, 2009). E' emersa una prevalenza della patologia nei genitori o nei congiunti di bambini con ADHD e lo studio di Bidwell et al. (2011) ha indicato che se la sindrome è presente nei parenti di primo grado, esiste un rischio fino a 4 volte maggiore che il bambino sviluppi tale disturbo. Studi di genetica delle popolazioni condotti su

gemelli hanno dimostrato che l'indice di ereditabilità del disturbo si colloca tra il 70 e il 76% (Burt, 2009; Faraone, et al., 2005; Wood et al., 2009). Altre ricerche hanno indagato le dimensioni di disattenzione e iperattività cercando di comprendere se la trasmissione genetica avvenga separatamente o meno. "Il quadro generale dei risultati suggerisce importanti differenze nell'eziologia genetica e ambientale dei sintomi di ADHD: disattenzione e iperattività sono domini parzialmente dissociabili e probabilmente dipendono da cause differenti e la disattenzione risente probabilmente di una maggiore influenza genetica rispetto all'iperattività." (Marzocchi et al., 2012, p.37)

Le ricerche di genetica molecolare hanno utilizzato differenti metodi (linkage, gene candidato) per identificare i singoli geni che sono origine causale dell'ADHD. Una molteplicità di fattori origina il disturbo secondo i numerosi studi condotti in tal senso e repertoriati da Marzocchi et al. (2012, pp.37-39), secondo cui questa pluralità causale è dovuta a due fattori: i circuiti che determinano l'insorgenza della patologia sono numerosi e interagiscono tra di loro in modo complesso; esiste una forte eterogeneità nella categoria ADHD, per cui i risultati delle ricerche sono differenti poiché i campioni sono diversi dal punto di vista fenotipico e genotipico.

Aspetti neuroanatomici

Una corretta comprensione dell'ADHD è tenuta a prendere in considerazione anche alcune aree neuroanatomiche e i sottostanti circuiti neuronali che caratterizzano i soggetti con tale disturbo rispetto a coloro che, viceversa, manifestano uno sviluppo tipico. Come indicato da Marzocchi et al. (2012), gli studi di neuroimmagine condotti da Swanson e Castellanos (2002) hanno individuato 4 regioni direttamente coinvolte nel disturbo di disattenzione e iperattività/impulsività. Nello specifico:

- la corteccia prefrontale, deputata alle funzioni esecutive e alla regolazione emotiva, nei bambini con ADHD si presenta attraverso una significativa riduzione volumetrica (Rubia et al. 1999);
- i gangli della base, come evidenziato da ricerche di neuroimmagine, presentano una riduzione di volume nei soggetti con disturbo, inficiando il controllo delle risposte impulsive e l'autoregolazione per il

raggiungimento dell'obiettivo perseguito (Castellanos, Sonuga-Barke, Milham & Tannock, 2006)

- il cervelletto, regione che regola la percezione temporale, controlla il coordinamento motorio, emotivo e motivazionale, presenta un verme cerebellare ridotto nei soggetti con disturbo rispetto a quelli appartenenti al gruppo di controllo (Swanson e Castellanos, 2002);
- il corpo calloso, costituito da fascio di fibre nervose che permettono l'efficace comunicazione per la trasmissione di informazioni cognitive e motorie, risulta –grazie a studi di neuroimmagine- possedere uno sviluppo minore nei bambini con ADHD (Banich, 1998).

Sulla base delle evidenze scientifiche emerse in relazione agli aspetti genetici e neuroanatomici, nonché degli studi realizzati in ambito neurobiologico e neurofisiologico, l'ADHD va letto come disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base, che si mostra attraverso un'alterazione delle risposte agli stimoli ambientali. Tuttavia essendo una patologia multifattoriale, l'eziologia di tale deficit deve essere ricercata non solo nelle componenti genetiche e neurobiologiche ma anche nelle interazioni che le stesse giocano in relazione agli elementi individuali e ambientali in cui il soggetto cresce e si forma. Le condizioni personali e ambientali intervengono e modulano i fattori biologici ponendosi come fattori di rischio, ovvero condizioni che associate al disturbo possono concorrere alla sua patogenesi favorendone lo sviluppo o accelerandone il decorso. Gli studi degli ultimi anni hanno riconosciuto numerosi e possibili fattori di rischio, la cui presenza aumenta la probabilità che un soggetto possa essere affetto dal disturbo. In tal senso fattori biogenetici ed ambientali interagiscono in una fase precoce dello sviluppo dell'individuo alterando diversi network neuronali che conducono ai deficit neuropsicologici presenti nell'ADHD.

Lo studio di Nigg et al. (2010) ha indagato la relazione gene-ambiente nel deficit di attenzione/iperattività, suddividendo in fattori di rischio in tre aree: prenatali, perinatali e postnatali.

I fattori di rischio prenatali sono legati alle conseguenze date dal consumo di

nicotina in gravidanza. A seguito dell'esposizione alla nicotina i sistemi dopaminergico e serotoninergico risultano infatti ipoattivi e iporispondenti a stimolazioni esogene (Slotkin, 1998, in Marzocchi et al. 2012). Inoltre il fumo in gravidanza incide sul peso del neonato alla nascita causando LBW, il Low Birth Weight, che a sua volta è un fattore di rischio per l'ADHD- e rischio di comorbilità con il disturbo della condotta, DC (Freitag et al., 2012).

Un secondo elemento che può costituire un deciso fattore di rischio prenatale è il consumo di alcol durante la gravidanza, cosa che oltre a provocare malformazioni del feto induce tra i possibili effetti anche disattenzione, iperattività e impulsività. Da un punto di vista cognitivo vengono compromesse le funzioni legate a memoria, linguaggio, tempi di reazione, funzioni esecutive, abilità motorie e capacità adattive e sociali (Huinzink, Mulder, 2006). Secondo Knopik et al. (2005) l'alcolismo dei genitori conduce a un rischio maggiore di ADHD nei figli.

Un terzo elemento che in epoca prenatale può agire in termini di fattore di rischio è l'esposizione ai metalli pesanti, quali piombo, mercurio e composti chimici utilizzati su larga scala per la produzione di vernici e isolanti, che possono produrre "un ritardo nella crescita intrauterina (...) e portare a una bassa concentrazione o attenzione focale, performance meno accurate e tempi di attenzione diminuiti". (Marzocchi et al. 2012, p. 55)

I fattori di rischio perinatali e postnatali sono legati a prematurità e basso peso alla nascita che si rapportano a un aumento di rischio per lo sviluppo dell'ADHD o dei suoi sintomi (Nigg, 2006). La forte associazione tra nascita pretermine e ADHD è stata anche recentemente confermata da Lindstrom et al. (2011). Nello studio di Heinonen et al. (2010), il focus è stato invece posto su soggetti nati piccoli rispetto alla loro età gestazionale, *SGA Small Gestational Age*. Gli autori hanno indicato che non è tanto la prematurità o la ridotta età gestazionale quanto la diminuita crescita intrauterina che incide su una più alta associazione con i sintomi dell'ADHD. A ciò possono aggiungersi anche rischi dati da un elevato numero di complicazioni mediche durante la gravidanza, problemi di salute nel primo anno di vita, ritardo nello sviluppo motorio e linguistico, lesioni cerebrali collocate nelle regioni

prefrontali. I dati paiono invece controversi per quanto riguarda i fattori di rischio legati alla dieta alimentare. Appaiono sostanziali gli studi condotti sugli additivi alimentari artificiali, anche se i risultati portano “ulteriore supporto all’idea che gli additivi alimentari possano esacerbare i comportamenti iperattivi nei bambini in età scolare, e non solo in quelli con ADHD, e con effetti significativi.” (Marzocchi et al. 2012, p.58)

Agli elementi fin qui elicitati si accompagnano i fattori di rischio ambientali e psicosociali.

I **fattori di rischio** che favoriscono l’evoluzione verso disturbi psicopatologici in età evolutiva possono essere diversi. Oltre a contemplare le caratteristiche individuali del soggetto, quali temperamento e vulnerabilità biologica, fanno riferimento anche alla qualità delle **relazioni primarie di attaccamento, allo stile educativo genitoriale, all’ecologia familiare** (eventi critici, stress e traumi della vita familiare) e contestuale (relazione con contesto scolastico, professionale, sportivo, sociale). Per queste ragioni accanto a modelli interpretativi di ordine neurobiologico, sono state ammesse altre ipotesi psicogenetiche in relazione all’ADHD. In tal senso il comportamento iperattivo sarebbe da attribuire secondo alcuni ad uno scarso controllo materno e, più in generale, le difficoltà di autoregolazione comportamentale deriverebbero da un’inidonea gestione genitoriali. Un’altra prospettiva (Nigg, 2006) invece attribuisce una delle cause alla sovrastimolazione data dalle figure genitoriali o a problemi psicologici delle stesse.

Gli studi in ambito psicoeducativo hanno da sempre sottolineato come gli aspetti di regolazione del bambino, in termini di linguaggio, procedure esecutive, motivazione e risposta agli stimoli, derivino e si sviluppino grazie a un’efficace cura genitoriale ed una sintonizzazione delle figure parentali col figlio. E’ plausibile pertanto pensare che un deficit di autoregolazione sia generato da un inadeguato ed inefficace supporto della figura materna e paterna o da una lacunosa alleanza educativa tra le parti. Secondo questa visione, il comportamento iperattivo sarebbe una risposta maladattiva legata a situazioni conflittuali, con la generazione di ansia, disagio e bassi livelli di autostima. In uno studio condotto sull’interazione tra geni e fattori

psicosociali, Nigg et al. (2010) hanno mostrato che le determinanti psicosociali interagiscono con il genotipo aumentando il rischio per l'ADHD. Nella fattispecie i fattori che incidono sono imputabili a: conflitti domestici, qualità del rapporto di coppia, capacità di manifestazione delle emozioni, separazioni e divorzi. Pur sottolineando che le teorie proposte sull'ADHD facenti riferimento all'ambiente psicosociale non hanno ricevuto molto sostegno nella letteratura scientifica, Marzocchi e colleghi (2012) ritengono ragionevole il fatto che "scarse capacità genitoriali dovute a psicopatologie, impulsività, conflitti di coppia o problemi di altro genere, possano impedire al bambino di sviluppare un'appropriata capacità di regolazione" (Marzocchi et al. 2012, p.60).

In conclusione è utile sottolineare che l'approfondimento dell'interazione dinamica tra predisposizione neurobiologica e fattori di rischio permette una maggiore conoscenza dell'evoluzione sintomatologica del disturbo, nonché degli esiti a breve e lungo termine della patologia. A chiusura della sezione si propone una descrizione dei fattori di rischio che, con le dovute cautele, Marzocchi (2009, p.45) ha elencato in ordine di potere predittivo ai fini dell'insorgenza dell'ADHD:

1. elevato livello di attività motoria ed eccessive richieste di cura e attenzione del bambino prima dei 5 anni;
2. precedenti casi di ADHD in famiglia;
3. atteggiamento direttivo e critico dei genitori verso i comportamenti del figlio;
4. fumo, uso di alcol e problemi di salute della madre durante la gravidanza;
5. elevato numero di complicazioni mediche durante il periodo di gravidanza;
6. assenza di un genitore;
7. basso livello educativo-culturale della madre;
8. problemi di salute del bambino nei primi anni di vita e ritardi di sviluppo motorio e linguistico.

1.7 Epidemiologia

L'ADHD è una patologia che si manifesta in età evolutiva e compromette molteplici aree dello sviluppo e dell'integrazione sociale. I dati riferiti alla prevalenza nella popolazione variano in relazione ai manuali diagnostici utilizzati, alle metodologie adoperate o alle fasce d'età prese in considerazione.

Il DSM-5 (2013) indica che l'ADHD si verifica nella maggior parte delle culture in circa il 5% dei bambini e nel 2,5% degli adulti, con una preponderanza di maschi rispetto alle femmine, secondo un rapporto di circa 2:1 nei bambini e 1.6:1 negli adulti. In merito alla differenza di genere viene segnalato che le femmine hanno una maggiore probabilità di presentare principalmente il sottotipo disattento della patologia.

Nella precedente edizione del DSM (DSM-IV, 1994) si legge che la prevalenza del disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è stimata dal 3 al 5% nei bambini in età scolare ed è più frequente nei maschi che nelle femmine secondo un rapporto M/F che varia da 4:1 a 9:1. Lo stesso manuale afferma che dati sulla prevalenza nell'adolescenza e nell'età adulta sono limitati.

Facendo riferimento alla popolazione pediatrica affetta da ADHD, l'ICD-10 (1992) indica una stima pari al 2%.

Basandosi sui criteri di questa classificazione internazionale, le linee guida della NICE (2013, 2009) valutano in 1-2% la percentuale di tale disturbo nella fascia infantile del Regno Unito; riferendosi invece ai criteri elicitati nel DSM-IV la percentuale è valutata in 3-9% per i bambini e giovani inglesi in età scolare e in circa il 2% per gli adulti della popolazione mondiale.

Per avere un quadro di sintesi cronologico, le stime epidemiologiche riferite all'ADHD riportate dai manuali diagnostici di riferimento sono le seguenti:

MANUALE	ANNO	% DI PREVALENZA
DSM-III	1980	3 %
DSM-III-R	1987	3 %
ICD-10	1992	1-2 %
DSM-IV	1994	3-5 %
DSM-IV-TR	2000	3-7 %
DSM-5	2013	5% bambini; 2,5% adulti

Tab. 1.1 Stime epidemiologiche riferite all'ADHD

I manuali citati costituiscono un punto di riferimento mondiale per la nosografia e la diagnosi del disturbo e anche i dati epidemiologici che presentano hanno una valenza internazionale. Tuttavia va rilevato che le stime di prevalenza del disturbo sono differenti da paese a paese. Negli Stati Uniti il C.D.C., Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta, ha pubblicato un report molto dettagliato sulla diffusione dell'ADHD negli Stati Uniti nel periodo 2007-2013, *“Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children --- United States, 2003 and 2007”* nel quale è emerso che i soggetti della fascia 4-17 anni, che hanno ricevuto una diagnosi di ADHD, è variabile tra i vari Stati della confederazione americana andando dal 5% all'11.1%. Dal 2003 al 2011 c'è stato un incremento annuo delle diagnosi del 5%.

Se andiamo a osservare la situazione europea, i dati che emergono sono significativamente diversi e globalmente inferiori.

PAESE	Popolazione pediatrica 5-17aa	PREVALENZA	PERCENTUALE
UK	10.960.947	580.930	5.3%
GERMANIA	12.305.503	738.330	6%
SPAGNA	6.143.812	307.191	5%
FRANCIA	11.835.205	473.408	4%
ITALIA	7.382.972	295.319	4%

Fonte: *dati Istat 2010. Prevalenza da rapporto ISTISAN Diagnosi e trattamento da Registro Nazionale 04/2011 Dati europei dai IMS feb/2011 in De Rénoche, http://www.aidaiassociazione.com/documents/DE_RENOCHE_2014.pdf

Tab. 1.2 Stime epidemiologiche europee riferite all'ADHD

I dati riferiti alla prevalenza, vedono delle percentuali massime pari al 6% in Germania e scendono fino al 4% in paesi come la Francia e l'Italia, paese in cui il numero di diagnosi risulta il più basso rispetto agli altri paesi europei presi in considerazione.

In precedenza in Italia, sono state realizzate delle indagini su circoscritte aree territoriali, i cui risultati sono stati pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità in una specifica sezione dedicata all'ADHD. Lo studio del 1998, con i pediatri della città di Torino, ha dato una prevalenza del 2,52%. In questo caso la popolazione era di 47,781 assistiti e i casi individuati sono stati 1.203 (Gallucci et al. 1993). Uno studio del 2002 in Friuli Venezia Giulia, su un campione di 64.800 bambini ha evidenziato 280 casi di ADHD con una prevalenza pari allo 0,43% (Besoli et al., 2002). A Roma sono stati condotti due studi, nel 1999 e nel 2003. Nel primo la prevalenza è stata dell'1,51% (12 casi su 794 bambini esaminati), nel secondo la prevalenza è stata dello 0,91% (23 casi su 2.511 bambini). Questi due studi sono stati condotti dai pediatri di libera scelta. (Corbo et al. 2003) La ricerca del 2003 condotta a Cesena da Ciotti (2003), in collaborazione con i Servizi territoriali su una popolazione di 11.980 soggetti di età compresa tra 7 e 14 anni, ha dato una

prevalenza di ADHD del 1.1% (131 casi). Basandosi su questi studi, l'Istituto Superiore di Sanità, indica per la popolazione italiana nella fascia d'età 6-18 anni una prevalenza dell'ADHD intorno all'1% (Panei et al., 2008; ISS, 2013, 2007).

Vanno inoltre ricordate le più recenti indagini. Maschietto et al. (2012) hanno realizzato presso l'Unità Complessa di Neuropsichiatria Infantile della AULSS di San Donà di Piave uno studio dal 2007 al 2010. Dall'indagine, che ha coinvolto un campione di popolazione di età compresa tra i 6 e i 18 anni, secondo criteri di rappresentatività della popolazione pediatrica italiana, è emersa una prevalenza media dell'ADHD pari all'1.2%.

La ricerca realizzata da Donfrancesco et al. (2014) in Lazio e Toscana sulla popolazione scolastica ha rilevato una percentuale di ADHD pari all'1,3%. Lo studio realizzato da Reale et al. (2014) in regione Lombardia su pazienti con ADHD di età compresa tra i 5 e i 17 anni, ha individuato una prevalenza del 3.51%.

Studio territoriale	Fonte	PREVALENZA
Firenze e Perugia, ambito scolastico	Gallucci et al., 1993	3.6%
Friuli Venezia Giulia, Pediatri di famiglia	Besoli et al., 2003	0.43%
Roma, Pediatri di famiglia	Corbo et al., 2003	0.91%
AULSS San Donà di Piave, UOC Neuropsichiatria infantile	Maschietto et al., 2012	1.2%
Lazio e Toscana, ambito scolastico	Donfrancesco et al. 2014	1.3%
Regione Lombardia, Registro ADHD	Reale et al., 2014	3.51%

Tab. 1.3 Prevalenza dell'ADHD in studi territoriali italiani

In conclusione analizzando i dati internazionali, europei e nazionali è possibile fare alcune osservazioni.

- In senso diacronico le prevalenze internazionali riferite all'ADHD hanno visto nel corso degli anni e delle differenti pubblicazioni dei manuali (DSM, ICD) delle variazioni dettate da modificazioni, integrazioni o rinnovamento dei criteri diagnostici utilizzati per la nosografia dell'ADHD. (cfr. § 2.1)
- In senso sincronico la discordanza tra i dati mondiali è in primo luogo attribuibile agli strumenti diagnostici utilizzati. La frequenza di prevalenza in area nordamericana è riconducibile al fatto che vi sia un utilizzo prevalente del DSM-5, mentre in area europea emerge la tendenza ad usare l'ICD-10. (Ianes et al., 2009, Marzocchi, 2003) La similarità ma non omogeneità dei criteri diagnostici nei suddetti riferimenti scientifici (cfr. §2.1) è alla base delle diverse percentuali di incidenza del disturbo.
- Altro elemento significativo risiede nelle pratiche diagnostiche e metodologiche. (I.S.S., 2013; Reale et al. 2014, Faraone et al., 2003) Negli Stati Uniti la diagnosi può essere effettuata dal medico generico mentre in Italia ad es. la stessa può essere assicurata solo dal neuropsichiatra dopo attenta valutazione sulla base di una rigorosa applicazione del Protocollo diagnostico e terapeutico, e -se prevista terapia farmacologica- con inserimento nel Registro Nazionale dell'ADHD.
- I dati riferiti al contesto europeo collocano l'Italia nel range più basso di diagnosi e di prevalenza del disturbo rispetto alla popolazione. Se tale evidenza in sé è positiva, dovrebbero essere però indagate ulteriormente le ragioni per accertare l'esclusione di sottostime del fenomeno. Se così fosse, significherebbe che una percentuale della popolazione italiana non fruisce delle necessarie cure mediche, di adeguate terapie, di sostegni psicologici e supporti scolastici, andando incontro a tutta una serie di difficoltà personali, sociali, accademiche e professionali. Alla luce dei dati emersi e delle basse percentuali italiane, andrebbe altresì verificata la possibilità di complete e corrette procedure diagnostiche riferite all'ADHD. Come dichiarato dall'I.S.S

(2014) “l’organizzazione dei centri di neuropsichiatria infantile sul territorio è profondamente variegata e l’accesso ai servizi appare disomogeneo. Questa condizione oltre che rappresentare una mancanza di equità, costituisce una difficoltà per i servizi nel rispondere in tempi rapidi alle richieste della popolazione”.

- I dati attribuiti al quadro epidemiologico nazionale (4% De Rénoche, 2014; 4% ISTAT, 2010; 1% I.S.S.) appaiono molto eterogenei e suggeriscono la necessità di attivare uno studio statistico nazionale su larga scala che accolga pazienti diagnosticati, in trattamento farmacologico, non farmacologico, combinato e in fase di diagnosi. Il Registro Nazionale dell’ADHD (cfr. §3.1) è sostanziale, ma includendo solo i soggetti sottoposti a terapia farmacologica, offre una visione puntuale ma non esaustiva in termini di prevalenza e incidenza della patologia.
- Gli studi condotti a livello regionale e locale risultano importanti ma limitatamente significativi in termini di rappresentatività nazionale. Anche in questo caso sarebbe auspicabile che indagini condotte su parcellizzate aree potessero contare su campioni omogenei per età e metodologie di ricerca. Va rilevata la strategica importanza di studi territoriali condotti in ambito clinico come in ambito scolastico, che suggeriscono quanto potrebbe essere ancora più praticabile un’azione sinergica tra strutture territoriali, anche nell’ottica sostenuta dall’I.S.S. (Arcieri et al., 2014) volta a promuovere “un patto tra i diversi stakeholders, istituzioni (Ministero della salute, AIFA, ISS e Regioni), specialisti, ricercatori, e associazioni dei pazienti” per garantire assistenza territoriale, equità e buona pratica clinica.

1.8 Evoluzione del disturbo

L’ADHD rappresenta una delle condizioni maggiormente incidenti in età evolutiva. L’età d’insorgenza è collocata, secondo i sistemi nosografici internazionali, entro il settimo anno (ora dodicesimo con il DSM-5), anche se il disturbo comincia ad essere considerato e rilevato a partire dai 3-4 anni, poiché dall’anamnesi è possibile riconoscere sintomi di deficit di

autoregolazione comportamentale già a partire dal periodo prescolare. Come mostrato nella meta-analisi di Mulqueen et al. (2013), interventi comportamentali con i genitori di bambini ADHD in età prescolare producono benefici significativi e il trattamento appare un'ottima alternativa di fronte alla riluttanza di molti genitori di affidarsi ai farmaci psicostimolanti con soggetti in fascia prescolare. "E' comunque interessante notare come negli ultimi anni la ricerca internazionale si stia confrontando con un problema particolarmente delicato: da un lato, infatti, c'è il tentativo di riconoscere indicatori sempre più precoci che consentano di individuare tempestivamente i bambini a rischio; dall'altro, è oggetto di discussione lo spostamento della soglia d'età oltre il settimo anno, non potendo escludere completamente la possibilità che una predisposizione neurobiologica emerga chiaramente solo più tardi, a seguito di specifici fattori ambientali elicитanti." (Fedeli, 2013, p. 14)

Marzocchi et al. (2012) indicano un decorso evolutivo suddivisibile in 5 fasi, per ognuna delle quali è possibile riconoscere un particolare pattern di sintomi:

- la fase prenatale in cui è possibile valutare i fattori di rischio per l'insorgenza del disturbo;
- la fase 3-6 anni
- la fase dell'età scolare
- la fase tardo-infantile e pre-adolescenziale
- la fase adulta.

(Per quanto concerne lo stadio prenatale si rimanda al § 1.6) Gli elementi che –nei primi anni di vita - possono essere letti come precursori di un disturbo strutturato vanno interpretati e collocati in un periodo evolutivo dei bambini caratterizzato da forte fluidità e instabilità. In questa fase di sviluppo è decisamente elevata la reattività a fattori contestuali e pertanto si presenta il rischio di produrre atti diagnostici basati su dati temporanei e non rappresentativi della condotta globale dell'individuo. Un'individuazione precoce del disturbo non è facile, poiché caratteristiche primarie dell'ADHD che potrebbero apparire come sintomatiche, possono rivelarsi transitorie per bambini che nella scuola dell'infanzia vivono situazioni meno strutturate,

rispetto alle quali l'osservazione e la definizione di comportamenti problematici risulta più complessa. Conseguentemente a ciò, va sottolineato che qualsiasi procedura diagnostica precoce "presenta un elevato rischio di incorrere in falsi positivi, ossia di riconoscere come ADHD bambini in realtà solo molto vivaci o comunque privi di un disturbo strutturato." (Fedeli, 2013, p. 177) Nondimeno una diagnosi precoce può rappresentare anche una preziosa occasione per riconoscere rapidamente i soggetti a rischio al fine di predisporre interventi mirati ed efficaci volti a evitare o ridurre pericolose progressioni. Fedeli (2013) sostiene che pur con tutte le cautele valutative riferite alla diagnosi in età prescolare, e bilanciando rischi e vantaggi, è possibile propendere per una valutazione anticipata finalizzata a riconoscere alcuni fattori di rischio. A tal fine segnala tuttavia la necessità di dover affrontare delle criticità collocate in 4 aree:

- evolutività delle condotte, ossia i rapidi cambiamenti comportamentali dei bambini dettati sia dallo sviluppo di specifiche aree cerebrali, sia dagli stimoli ambientali, sia dalle pratiche educative;
- assenza di setting strutturati, cioè strutturazione di ambienti che divengono più rigidi a partire dalla scuola primaria e che facilitano la manifestazione e l'osservazione di deficit di attenzione e autocontrollo comportamentale;
- alta incidenza di fattori oppositivi che si accompagnano spesso in comorbilità all'ADHD, ma che compaiono come fisiologici nel periodo 2-5 anni, andando a ridursi nel corso del tempo;
- elevata variabilità delle prestazioni, ovvero estrema variabilità intra e inter individuale di comportamenti e performance in età prescolare, che rende assai complesso il riconoscimento di alcune traiettorie evolutive disfunzionali.

La sintomatologia dell'ADHD cambia con l'età e significativi sono i momenti di transizione, come quelli di passaggio da un ciclo formativo ad un altro. In questo senso è sostanziale, la fase scolare intorno ai 6 anni. Con l'ingresso alla scuola primaria, i bambini sono chiamati ad apprendere tutta una serie di

nuove abilità e competenze che richiedono attenzione, sforzo cognitivo prolungato nel tempo, organizzazione e/pianificazione delle attività e dei compiti, assunzione consapevole di regole e comportamenti adeguati al setting scolastico. Queste complesse e concomitanti richieste espongono i soggetti con ADHD a forti compromissioni in ambito scolastico e relazionale, che si esplicitano -con maggior chiarezza rispetto al passato- attraverso difficoltà sia in ambito cognitivo-comportamentale sia nell'area della prosocialità. Le difficoltà d'interazione con i pari si manifestano anche nelle attività sociali extrascolastiche, dove i bambini con il disturbo da deficit attentivo e d'iperattività/impulsività trovano grandi difficoltà di accettazione e inclusione a causa di comportamenti invasivi, distruttivi, provocatori e più in generale antisociali. Ciò ingenera un senso di frustrazione di fronte a richieste contestuali che non possono essere adeguatamente attese dai bambini con tale disturbo, e che pertanto vivono un senso d'inadeguatezza che può condurre a sviluppare sentimenti depressivi. Con la crescita la maggior parte dei bambini con ADHD tende ad avere una persistenza dei sintomi (dalle forme più gravi a quelle con minor compromissione funzionale) pur manifestandosi una riduzione nella gravità degli stessi (Biederman et al. 2000).

Nello stadio che comprende la tarda infanzia e la preadolescenza emergono con forza i conflitti scolastici, familiari e sociali. Generalmente l'iperattività motoria si attenua ma permangono sintomi di disattenzione e impulsività. Inoltre in questa fase si presentano frequentemente comorbidità psichiatriche e "coloro che mantengono solo i sintomi cardine del disturbo ADHD con problemi di attenzione predominanti avranno più possibilità di avere una migliore evoluzione in adolescenza mostrando problemi prevalentemente scolastici." (Marzocchi et al. 2012, p. 33)

Nella fase adolescenziale i livelli d'iperattività si abbassano, migliorano ma non si estinguono i deficit legati a disattenzione e controllo degli impulsi. In questo stadio possono sopraggiungere però problemi legati all'autostima e al tono umorale, collegati non solo alle difficoltà scolastiche ma anche alle

criticità connesse con il processo di costruzione identitaria e di realizzazione autonoma della interazioni sociali. “In circa il 25% dei casi, può svilupparsi una depressione associata a scarsa autostima, e una diminuita speranza di successo per il futuro scolastico e professionale (Marzocchi et al., 2012, p.33-34). Studi di follow-up su adolescenti con ADHD del sottotipo iperattivo, hanno evidenziato l’alto rischio di sviluppo di problemi di tipo psichiatrico, sociale, familiare, scolastico, legale destinati a persistere anche in età adulta. (Kooij, 2012) Le conseguenze in adolescenza date da una disfunzionalità evolutiva sono già state in precedenza messe in luce in uno studio di Barkley del 1998 ed in una successiva ricerca del 2006.

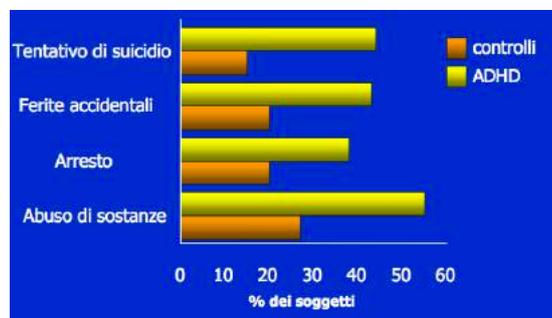


Fig. 1.4 ADHD in adolescenza (Barkley R.A., 2006)

Nell’ultima fase, corrispondente all’età adulta, l’ADHD assume caratteristiche diverse. In merito all’evoluzione del disturbo, 16 studi longitudinali condotti dal 1971 al 1996 indicano come una quota di soggetti diagnosticati affetti da ADHD nell’infanzia/adolescenza continui a manifestare una sintomatologia importante anche in età adulta (Faraone et al. 2006). In questo stadio permangono problemi legati alla pianificazione delle attività, all’organizzazione in campo lavorativo, a bassa autostima con tendenza all’isolamento sociale, a vulnerabilità psicopatologica e a condotte rischiose. Un tempo si supponeva che la patologia col tempo scomparisse, mentre attualmente la lettura del deficit di attenzione/iperattività ha evidenziato che nei soggetti diagnosticati già in età infantile:

- il 40% presenta una remissione del disturbo;
- il 40% manifesta una permanenza dello stesso con correlate difficoltà sociali, di regolazione emotiva ed inserimento professionale;

- il 20% presenta un mantenimento dei sintomi nucleari e disturbi di adattamento sociale, abuso di alcol e sostanze, basso livello accademico e occupazionale, problemi psichiatrici. (lanes et al., 2009)

A conclusione di questo paragrafo si riporta una breve sintesi delle modificazioni del disturbo in relazione all'età secondo la proposta di lanes et al. (2009, pp.24-27)

DECORSO DEL DISTURBO IN ETA' PRESCOLARE

- Marcata iperattività
- Sonno discontinuo e agitato
- Aggressività
- Litigiosità
- Frequenti scoppi d'ira
- Oppositività
- Scarsa percezione del pericolo con presenza di frequenti incidenti

DECORSO DEL DISTURBO IN ETA' SCOLARE

- Evidente inattenzione, impulsività e iperattività
- Tendenza a evitare compiti complessi e lunghi
- Difficoltà associate alle caratteristiche primarie: difficoltà scolastiche
- Comportamenti aggressivi/provocazioni
- Senso di inadeguatezza e scarsa fiducia nelle proprie capacità
- Relazioni sociali difficili

DECORSO DEL DISTURBO IN ADOLESCENZA

- Evidente inattenzione
- Carente capacità di organizzazione e pianificazione
- Abuso di sostanze
- Problemi emotivi, comportamento aggressivo

DECORSO DEL DISTURBO IN ETA' ADULTA

- Scarso successo scolastico e lavorativo
- Difficoltà di inserimento sociale
- Comportamento antisociale e delinquenza

Tab. 1.4 Modificazione dell'ADHD in relazione all'età (adattamento da lanes et al., 2009)

CAPITOLO 2: la valutazione diagnostica

In questo capitolo verranno presi in rassegna i principali elementi che concorrono a definire la valutazione diagnostica in termini di riferimenti, iter e strumenti.

Dapprima verranno considerati i testi che in letteratura medica costituiscono orientamento mondiale per la diagnosi del disturbo da deficit di attenzione e iperattività/impulsività. Di seguito verrà posta l'attenzione sull'iter diagnostico caratterizzato da precise e ineludibili sequenze nelle procedure e da alcune considerazioni sui dati riferiti alle prevalenze diagnostiche. Successivamente verranno considerati gli strumenti standardizzati che in contesto clinico vengono utilizzati per accertare la presenza del disturbo di ADHD. I dispositivi medici sono repertoriati per categorie e presentati sinteticamente tenendo in considerazione le versioni più utilizzate nei servizi clinici italiani.

2.1 I manuali psicodiagnostici

La diagnosi di ADHD è clinica e compete al clinico competente (neuropsichiatra, psicologo) che la determina sulla base della classificazione presente in due testi psicodiagnostici di riferimento. Il primo è il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, redatto dall'A.P.A., *American Psychiatric Association*, pubblicato nella sua ultima edizione nel 2013; il secondo l'ICD-10, ossia la decima edizione della classificazione dei disturbi mentali e comportamentali, descrizione clinica e linee guida diagnostiche, *International Classification of Diseases*, pubblicato dall'O.M.S., Organizzazione Mondiale della sanità nel 1992.

Il **DSM-5** (2013) elicitava i criteri secondo un modello caratterizzato da due aree di compromissione l'inattenzione persistente e/o l'iperattività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo. Rispetto alla precedente edizione (DSM-4, 2000) ha collocato l'ADHD tra i disturbi neuroevolutivi

(*neurodevelopmental*) piuttosto che tra quelli del comportamento rafforzando la specificità cognitivo-neuropsicologica del disturbo. Inoltre il recente Manuale diagnostico presenta l'elicitazione dei sintomi (di seguito proposta) accompagnando gli stessi con esempi concreti, che permettono di interpretare in maniera più puntuale i segni del disturbo.

Disattenzione: sei (o più) dei seguenti sintomi persistono da almeno 6 mesi con un grado che non è coerente con il livello di sviluppo e che impatta negativamente e direttamente sulle attività sociali e accademico-professionali. Per gli adolescenti più grandi e gli adulti (17 anni e più) sono necessari almeno 5 sintomi.

1. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nel lavoro scolastico, al lavoro o in altre attività.
2. Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco.
3. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente.
4. Spesso non segue le istruzioni e non riesce a portare a termine i compiti scolastici, attività o impegni sul luogo di lavoro.
5. Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti o nelle attività.
6. Spesso evita, o è riluttante, ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato.
7. Spesso perde le cose necessarie per compiti o attività.
8. Spesso è facilmente distratto da stimoli esterni.
9. Spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

Iperattività e impulsività: sei (o più) dei seguenti sintomi persistono da almeno 6 mesi con un grado che non è coerente con il livello di sviluppo e che impatta negativamente e direttamente sulle attività sociali e accademico-professionali. Per gli adolescenti più grandi e gli adulti (17 anni e più) sono necessari almeno 5 sintomi.

1. Spesso muove con irrequietezza mani o piedi e si dimena sulla sedia.
2. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui è previsto restare seduti (in aula, al lavoro o in altre situazioni).
3. Spesso scorrazza e salta ovunque in situazioni in cui è inadeguato.
4. Spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi ad attività di svago in modo tranquillo.
5. Spesso si muove come fosse guidato da un motorino.
6. Spesso parla eccessivamente.
7. Spesso spara la risposta prima che le domande siano completate.
8. Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
9. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (ad es. in conversazioni o giochi).

Inoltre:

- molti sintomi di disattenzione o iperattività-impulsività devono presentarsi prima dei 12 anni;
- diversi sintomi devono presentarsi in due o più contesti (per esempio, a scuola, a casa, al lavoro, con amici o parenti, in altre attività);
- deve esserci una chiara evidenza che i sintomi interferiscano o riducano la qualità della vita sociale, accademica o professionale.

A seconda della prevalenza della sintomatologia e della soddisfazione dei criteri nell'arco degli ultimi 6 mesi, l'ADHD può essere diagnosticato secondo tre tipologie:

- sottotipo prevalentemente disattento (314.00, F90.0),
- sottotipo prevalentemente iperattivo-impulsivo (314.01, F90.1),
- sottotipo combinato (314.01, F90.2).

Va specificato se il disturbo è in fase remissiva o si presenta in forma lieve, moderata o severa.

Tab. 2.1 Criteri diagnostici per l'ADHD (DSM-5, 2013)

L'**ICD-10** (1992) presenta gli stessi 18 sintomi elencati nel DSM-5, ma pur in tale omogeneità mostra delle differenze. Colloca l'ADHD nella categoria dei disturbi emotivi e comportamentali dell'infanzia e adolescenza, con esordio precoce prima dei 6 anni. Nella sottocategoria Sindrome ipercinetica distingue il Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione e la sindrome Ipercinetica della Condotta. Nell'ICD-10 i sintomi nucleari di attenzione-iperattività-impulsività devono essere presenti contemporaneamente (6 item di disattenzione, almeno 3 item di iperattività e almeno 1 item di impulsività). A seguito di ciò non è prevista alcuna categoria diagnostica corrispondente al sottotipo prevalentemente disattento invece proposta nel DSM-5 e vi è la tendenza a escludere diagnosi di comorbidità (Ianes et al. 2009; Scheriani, 2007).

Accanto a questi due ineludibili strumenti psicodiagnostici va sottolineato il fatto che in molti paesi sono state approntate delle Linee guida atte a raccogliere in modo sistematico le raccomandazioni per una corretta ed appropriata gestione delle condizioni cliniche riferite all'ADHD. Di seguito una breve sintesi di ricognizione:

ANNO	RIFERIMENTO
2002	S.I.N.P.I.A., Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Zuddas, Masi, (a c. di), Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva
2002	S.I.N.P.I.A., Chiarenza, Bianchi, Marzocchi (a c. di), Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD), in età evolutiva
2004	TAYLOR et al., European clinical guidelines, for hyperkinetic disorder – first upgrade
2007	A.A.C.A.P. American Academy Child Adolescent Psychiatry, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With ADHD,
2009	R.A.C.P., Royal Australasian College of Physicians, Australian Guidelines on ADHD
2009 last modified 2013	N.H.S., National Institute for Health and Clinical Excellence, , Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults, NICE clinical guideline 72
2011 2014	C.A.D.D.R.A., Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance, Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, troisième édition, Toronto, ON, CADDRA.

Tab.2.1 Linee guida per la diagnosi dell'ADHD

2.2 Il processo diagnostico

Uno degli aspetti più complessi e delicati dell'ADHD è il suo corretto riconoscimento, soprattutto in un'epoca come quella attuale, in cui numerosi bambini presentano difficoltà di concentrazione in attività e compiti, nonché problemi di controllo comportamentale. La diagnosi del disturbo –come anche indicato dalle Linee guida SINPIA (2002)- è di competenza del neuropsichiatra infantile o di altri operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e si basa sulla raccolta d'informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti o altri operatori e sull'osservazione e valutazione clinica del bambino da parte dello specialista.

Nel caso in cui emergano condizioni per supporre che un individuo possa essere affetto da deficit attentivo e iperattività, è necessario seguire un preciso iter diagnostico (Hill, Taylor, 2001; Ianes et al., 2009), di cui -di seguito- vengono presentate le raccomandazioni.

1 Raccolta d'informazioni da fonti multiple

La raccolta di notizie viene realizzata in differenti contesti e grazie ai contributi dei genitori, degli insegnanti, degli educatori. A tal fine vengono utilizzate interviste semistrutturate o questionari standardizzati su differenti aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino. Tali strumenti possono focalizzare l'attenzione sulla sintomatologia dell'ADHD o essere volti a esplorare anche altri ambiti psicopatologici con lo scopo di individuare eventuali patologie associate.

2 Valutazione psichiatrica, neurologica e pediatrica.

L'esame medico è volto a verificare ed escludere che i sintomi siano effetto di altre patologie o terapie in atto.

2 Valutazione del livello cognitivo e di apprendimento

La valutazione avviene attraverso una misura delle capacità cognitive con strumenti standardizzati; misurare il QI è utile a confrontare abilità accademiche versus potenzialità accademiche. A ciò si aggiunge la necessità di stimare in maniera oggettiva le capacità attentive, di pianificazione delle attività e di autocontrollo; può essere vantaggioso valutare anche la possibile presenza di disturbi del linguaggio o altre sintomatologie che possono intervenire sfavorevolmente sull'apprendimento scolastico e sull'acquisizione delle funzioni regolative del comportamento (cfr. Modello ibrido di Barkley, 1997).

3 Colloquio clinico

Per la raccolta di informazioni, si può effettuare un colloquio clinico con i genitori al fine di ricostruire la storia del bambino e della sua famiglia al fine di comprendere la pervasività dei segni del disturbo e conoscere alcune traiettorie evolutive. Utile è anche l'utilizzo dell'intervista clinica specificamente costruita per la diagnosi psicopatologica. Il colloquio clinico

con i genitori ha lo scopo di effettuare una valutazione generale riguardante: l'anamnesi familiare, la gravidanza e la nascita del bambino, il suo sviluppo psicomotorio, le patologie mediche, la sintomatologia psicosociale, il funzionamento familiare e lo stile genitoriale. Specifici quesiti vengono posti in relazione ai comportamenti del bambino secondo i criteri espressi nei manuali diagnostici di riferimento, avendo cura di individuare i tempi di comparsa dei sintomi e lo stile comportamentale o altre problematiche in altri membri della famiglia. (Taylor et al., 2004)

L'intervista clinica permette di implementare l'anamnesi del soggetto con disturbo, rilevando informazioni su tutti i settori della vita e della storia del bambino, facendo emergere criticità che devono essere prese in carico per il successivo iter diagnostico e terapeutico. Oltre ad effettuare l'intervista con i genitori è necessario che il clinico parli direttamente con il bambino per capire criticità e disfunzionalità del suo vissuto. L'intervista dovrebbe essere somministrata separatamente ai genitori e al bambino, se di età superiore ai 10 anni, poiché dati presenti in letteratura sottolineano una frequente discordanza tra le varie fonti (Marzocchi, 2003).

4 Valutazione psichiatrica, neurologica e pediatrica.

L'esame medico è volto a verificare ed escludere che i sintomi siano effetto di altre patologie o terapie in atto. L'iter diagnostico è pertanto articolato e complesso e prevede la collaborazione tra differenti attori e figure professionali, cosa che è di fondamentale importanza per impostare protocolli terapeutici riabilitativi che forniscano un miglior adattamento e una maggiore remissione dei sintomi.

In merito alle diagnosi di ADHD, e alle rigorose procedure che le sostengono, l'Italia presenta dati inferiori rispetto al panorama internazionale e anche europeo (cfr. § 1.7). Rispetto alla popolazione pediatrica le diagnosi nazionali raggiungono l'1,4%, una percentuale veramente esigua se comparata ai dati di altri 4 paesi europei. Il valore più basso dopo il nostro è quello francese, che si attesta comunque al 17%, evidenziando un chiarissimo gap. Un'ulteriore conferma riferita alle basse percentuali diagnostiche italiane si

trova, per quanto ascritta a soggetti diagnosticati in trattamento farmacologico, in un precedente contributo di Bonati e Panei (2009), pubblicato a distanza di 20 mesi dall'attivazione del Registro italiano dell'ADHD. Gli autori hanno evidenziato che lo studio Prisma e la stima riportata dall'Istituto Superiore di Sanità, indicano la prevalenza dell'ADHD nella popolazione italiana dai 6 ai 17 anni, pari all'1-2%. Ne concludono pertanto che "La dimensione attesa della popolazione italiana affetta da ADHD da sottoporre a terapia farmacologica con psicostimolanti è, quindi, di circa 45.000 pazienti. L'aver arruolato nel Registro, sinora solo 1.050 pazienti induce a formulare alcune ipotesi:

- a) una possibile ampia sottostima della casistica reale imputabile alla scarsa compliance al Registro da parte dei Centri di Riferimento;
- b) l'efficacia dei trattamenti non farmacologici è maggiore di quanto documentato in letteratura scientifica;
- c) la prevalenza del disturbo in Italia è considerevolmente inferiore a quanto stimato."

(Bonati, Panei, 2009, p.280)

2.3 Gli strumenti diagnostici

Non esistono dispositivi di tipo medico (come ad es. prelievi ematici, RM) né test diagnostici specifici in grado di accertare con certezza la presenza di un disturbo da ADHD. E' pertanto necessario ricavare un quadro clinico attraverso la somministrazione di specifici strumenti e il diretto coinvolgimento delle persone che accompagnano il bambino nei suoi principali contesti di vita. Per la diagnosi di psicopatologie in età evolutiva esiste una vasta gamma di strumenti, tra questi i più affidabili sono quelli che –come indicato da Marzocchi (2003)- rispondono ai seguenti criteri:

- ampia standardizzazione (il test è già stato somministrato a un campione rappresentativo della popolazione);
- buona attendibilità tra valutatori (esaminatori distinti dovrebbero ottenere i medesimi risultati dello stesso test col medesimo bambino) e tra test e retest;

- buona capacità discriminativa (possibilità di distinguere gruppi di pazienti in base ai dati emersi dal test);
- utilità per la pianificazione del trattamento (lo strumento deve offrire evidenze per costruire mirati interventi terapeutici).

Gli strumenti clinici possono essere classificati in 4 distinte categorie: le interviste cliniche, i questionari auto ed eterosomministrati, i test cognitivo-neuropsicologici e le tecniche di osservazione comportamentale.

Le interviste cliniche

L'intervista può essere strutturata o semistrutturata e sono disponibili alcune versioni in traduzione italiana da quelle originali anglosassoni. Le interviste semistrutturate hanno il vantaggio di passare in rassegna sistematicamente tutte le psicopatologie dell'età evolutiva e quindi di fornire una panoramica completa e generale, mentre lo svantaggio principale di tali tecniche risiede nella loro lunghezza.

Nei servizi clinici italiani le versioni più utilizzate (Ianes, 2009; Sannio Fancello et al., 2006; Marzocchi, 2003) sono le seguenti.

K-SADS-PL, *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia present and life-time version*, di Kaufman e al. (1997) è uno strumento chiamato, nell'adattamento italiano curato da Carla Sogos (2004) Scheda per i Disturbi Affettivi e la Schizofrenia, Nella K-SADS-PL sono presenti 4 diverse sezioni:

- l'intervista introduttiva, della durata di circa 10-15 minuti, finalizzata a conoscere i dati demografici e anamnestici includenti il funzionamento scolastico, le relazioni con la famiglia, i coetanei, gli interessi e gli eventuali disturbi psichiatrici;
- l'intervista di screening che include 5 aree di psicopatologie: disturbi dell'umore, psicosi, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento e abuso di sostanze.
- i supplementi diagnostici per approfondire un'eventuale psicopatologia, che vengono somministrati se con l'intervista di screening si ottiene un punteggio superiore al cut-off in un'area;

- la scala C-GAS (Children Global Assessment Scale) che consente di valutare il grado di funzionamento globale (secondo i genitori e il bambino) su una scala che va da 0 (bisogno di assistenza 24 ore al giorno) a 100 (funzionamento superiore in tutti gli ambiti).

PICS, *Parent Interview for child symptoms* di Russel Schachar (1996) è un'intervista semistrutturata rivolta ai genitori, che presenta una sezione molto approfondita per la valutazione dell'ADHD e delle psicopatologie connesse, indagando il livello cognitivo, il rendimento scolastico e il controllo inibitorio del bambino. Lo strumento diagnostico non chiede all'informatore una valutazione di un sintomo particolare, quanto di fornire una descrizione del comportamento del bambino in una varietà di situazioni contestuali per giungere ad una precisa comprensione del disturbo psichiatrico.

DICA-R, *Diagnostic interview for children and adolescent*, di Wendy Reich (1997, 1991) valuta in modo omogeneo le psicopatologie dell'infanzia e dell'adolescenza.

I questionari per la valutazione del comportamento

I questionari per la valutazione comportamentale sono strumenti essenziali ed ineludibili per giungere ad una completa comprensione della sintomatologia ed a una corretta diagnosi dell'ADHD. La somministrazione dei questionari offre alcuni vantaggi:

- la possibilità di raccogliere in un tempo ridotto molte informazioni sulle aree di maggiore criticità comportamentali del bambino;
- ottenere dei punteggi da cui è possibile desumere una misura quantitativa utile per verificare lo scarto tra il comportamento del soggetto e la media della popolazione;
- possedere frequentemente delle subscale che consentono di ricavare dei profili specifici rispetto a comportamenti disturbanti;
- offrire più versioni del questionario costruite rispetto al bambino, ai genitori, agli insegnanti.

Come indicato dalle Linee guida della SINPIA "le scale di valutazione completate da genitori e insegnanti e dallo stesso bambino, non consentono di formulare una diagnosi clinica: sono tuttavia strumenti preziosi come

completamento diagnostico per una valutazione quantitativa, per valutare l'andamento clinico o la risposta ai trattamenti.” (Linee guida, SINPIA, 2006, pp.26-27)

Tra la molteplicità di strumenti in essere, di seguito vengono riportati i questionari maggiormente utilizzati, di cui esistono versioni italiane standardizzate.

CBCL, *Child Behavior CheckList* (Achenbach, 1991, validazione italiana, Frigerio et al., 2001) è uno strumento molto utilizzato negli studi epidemiologici e permette di definire e misurare “un fattore “generale” relativo ai disturbi del comportamento “esternalizzanti” cioè legati alla condotta.” (SINPIA, 2006) Tra i disturbi internalizzati vi sono le seguenti categorie: Ritiro sociale, Sintomi somatici, Ansia-depressione, Problemi sociali; tra i disturbi esternalizzati vi sono comportamenti definiti di Delinquenza e Aggressività; infine vengono descritti due gruppi di sintomi chiamati Disturbi del pensiero e Problemi di attenzione. Si tratta di un questionario che consente di ottenere una valutazione da parte del genitore (Parent Report Form/PRF), dell'insegnante (Teacher Report Form/TRF) e del bambino stesso (Youth Self Report/YSR). Ogni scala è composta da 113 items; indaga i comportamenti di soggetti di età compresa tra i 4 e i 16 anni e mira a raccogliere informazioni sulle competenze manifestate in differenti situazioni contestuali: scuola, sport, attività sociali, gioco e attività in autonomia.

CTRS-R, **CPRS-R** *Conner's Teacher Rating Scale-Revised* e *Conner's Parent Rating Scale* di Conners, 1997 (validazione italiana di Nobile, Alberti, Zuddas, 2007) è uno strumento che indaga i comportamenti psicopatologici o problematici in età evolutiva (3-17 anni) per mezzo di items finalizzati a individuare comportamenti internalizzanti ed esternalizzati. Principalmente adottato per la valutazione dell'ADHD e dei disturbi associati, ha un approccio valutativo multimodale poiché riunisce informazioni che provengono dal questionario proposto ai genitori e da quello costruito per gli insegnanti. Ne esiste anche una versione per adolescenti. Tutti i questionari presentano sia una versione lunga L, sia una variante ridotta S. Le suddette

scaie permettono di monitorare il comportamento dell'individuo in più ambiti e di distinguere chiaramente i soggetti affetti da ADHD da soggetti non clinici.

ADHD RATING SCALE-IV di Du Paul et al., 1998 (versione italiana di Marzocchi e Cornoldi, 2000)

SNAP-IV di Swanson 1992 e Conners et al. 2001 è una scala composta da 90 items e 8 sottoscaie. E' utilizzata per la diagnosi di ADHD e altri disturbi psicopatologici. I quesiti, rivolti a genitori e insegnanti, riguardano il comportamento esibito dal bambino e la frequenza della sua manifestazione.

SDAI SDAG, SDAB, *Scale per l'individuazione di comportamenti di Disattenzione e Iperattività in età scolare per Insegnanti – Genitori – Bambini*, elaborate da Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), standardizzate da Marzocchi e Cornoldi (2000) e successivamente arricchite di ulteriori dati (Cornoldi e al., 2001), sono le più utilizzate in Italia. SDAI e SDAG sono scaie costruite con 18 items finalizzati a verificare la presenza di una sintomatologia riconducibile all'ADHD, mentre la scala SDAB, composta da 14 items, ha lo scopo di fornire una valutazione del bambino. Sulla base di queste scaie e in funzione di una valutazione precoce in età prescolare di una fenomenologia manifesta o predittiva dell'ADHD sono state create le versioni per i bambini della scuola dell'infanzia: IPDDAI (Marcotto, Paltenghi e Cornoldi, 2002) e IPDDAG (Riello, Re, Cornoldi, 2005).

SCOD, *Scale per i Comportamenti Dirompenti*, per insegnanti SCOD-I di Marzocchi e colleghi (2001) e genitori SCOD-G, e validazione di Zuddas et al. (2006), costituiscono un altro gruppo di scaie utilizzate in Italia. Queste scaie, oltre ai 18 sintomi dell'ADHD, contengono anche 8 sintomi attribuiti al Disturbo Oppositivo Provocatorio e 16 al Disturbo della Condotta. Con tali scaie è pertanto possibile ottenere punteggi in riferimento all'ADHD, al DOP e al DC e affrontare quindi aspetti legati a possibili comorbidità del deficit di attenzione/iperattività. Come sostenuto da Marzocchi (2010), gli aspetti positivi delle SCOD sono due: 1) possiedono una buona taratura ottenuta in diverse regioni d'Italia, 2) hanno dei dati suddivisi per maschi e femmine e quindi consentono di evitare la sottostima dell'ADHD al femminile.

COM, *Questionario Sindromi Compresenti*, (Cornoldi e al., 2004) raccoglie indizi di eventuali comorbidità con tutte le sintomatologie più frequentemente associate all'ADHD, quali: Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo di Condotta, disturbi della sfera autistica, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e sindrome di Tourette. Il questionario COM è composto da 30 items e diviso in 6 sottoscale; gli items sono formulati considerando la sintomatologia presentata nel DSM-IV e sono stati tradotti in comportamenti che potessero essere facilmente osservabili dagli insegnanti durante le attività curricolari.

Test cognitivo-neuropsicologici

Tali test sono somministrati per indagare le funzioni neuropsicologiche, delineare il profilo funzionale e quindi stabilire la tipologia di intervento terapeutico e riabilitativo. Nell'ADHD le disfunzionalità che si manifestano in ambito cognitivo non sono determinate solo da disattenzione quanto da un deficit nelle funzioni esecutive che determina una difficoltà nei processi di controllo e di regolazione strategica delle risposte e conseguentemente delle pesanti ricadute in ambito scolastico. Per individuare tali criticità ed avere dati oggettivi inerenti le difficoltà di apprendimento esistono plurimi strumenti diagnostici.

WISC-IV rivista e integrata rispetto alla **WISC-III**, *Wechsler Intelligence Scale for Children* di David Wechsler (1991), standardizzata in Italia da Orsini e Picone (2006), è uno strumento clinico per valutare il profilo cognitivo globale di soggetti dai 6 ai 16 anni. La scala è composta da 15 subtest, 10 principali e 5 supplementari, da cui vengono ricavati due punteggi ai quali si accompagna un terzo dato dalla somma dei precedenti, che definisce l'abilità intellettuale globale. Lo strumento è utile per identificare e valutare l'area intellettuale, per individuare le difficoltà di apprendimento e pianificare i trattamenti, nonché per ottenere informazioni cliniche per la valutazione neuropsicologica del soggetto.

CAS, *Cognitive Assessment System*, Di Naglieri & Jagannath (2005 per l'edizione italiana), misura l'intelligenza basata sul modello dei processi cognitivi in bambini e adolescenti dai 5 ai 17 anni. E' possibile utilizzare la batteria standar (12 subtest) oppure la batteria base (8 subtest) funzionale

con i soggetti iperattivi poiché riduce i tempi di somministrazione. Lo strumento indaga le capacità di pianificazione, attenzione, simultaneità e successione ed è utile per identificare il deficit di attenzione, iperattività/impulsività, i disturbi di apprendimento, dello spettro autistico, i danni da trauma cerebrale e il ritardo mentale. Una guida alla somministrazione del CAS è stata curata da Taddei & Di Pierro (2015).

NEPSY-II, di Korkman et al., con validazione italiana curata da Urgesi, Campanella e Fabbro (2011), è una batteria nota a livello internazionale per la valutazione dello sviluppo neuropsicologico in età evolutiva. I 33 test che la compongono sono rivolti a soggetti di età compresa tra i 3 e i 16 anni e fanno riferimento a 6 differenti domini cognitivi (linguaggio, memoria e apprendimento, funzioni sensomotorie, percezione sociale ed elaborazione visuospatiale). La batteria permette di effettuare una valutazione neuropsicologica comprensiva di tutti i domini del bambino, di delinearne il profilo cognitivo e di monitorare il livello di sviluppo delle abilità indagate dall'infanzia all'adolescenza.

CPT, *Continuous performance Test* realizzato da Rosvold, Sarson, Bransome e Beck nel 1956 e in italiano da Marzocchi e Menazza (1998). È un test di attenzione selettiva in cui viene richiesto di attivare il riconoscimento dello stimolo target e inibire risposte non pertinenti date dai distrattori. Gli stimoli possono essere uditivi o visivi, ora presentati anche in forma computerizzata. Gli errori possono essere di due tipologie: omissioni (il soggetto non risponde allo stimolo per un problema di controllo dell'attenzione) e falsi positivi (il soggetto fornisce una risposta anche in assenza di target per un possibile mancato controllo degli impulsi).

MFFT, *Matching Familiar Figure Test* di Cornoldi et al. (1996) ricavato dal test MFF-20 di Kagan (1966), valuta l'attenzione sostenuta, le ricerche di strategia visiva e l'impulsività alla risposta. Al soggetto viene presentata una figura modello che deve essere riconosciuta in un gruppo di 6 ove solo una è identica all'originale. La prova è costituita da 20 items proposti secondo difficoltà variabili. Lo strumento permette di osservare l'accuratezza, espressa dal numero di errori commessi dal bambino, e il tempo di latenza,

ovvero il tempo che intercorre tra presentazione dell'item e scelta della risposta. Marzocchi e Cornoldi (1998) hanno dimostrato che i soggetti con ADHD commettono un numero di errori maggiori ed hanno tempi di latenza più bassi rispetto a coetanei che non presentano il disturbo.

SCWIT, *Stroop Color Word Interference Test* di Golden, 1978 (riprendendo l'effetto descritto da Stroop, 1935), nella versione italiana di Venturini et al., 1983, indaga gli aspetti di attenzione e le funzioni esecutive mettendo in evidenza la difficoltà di sopprimere delle risposte automatiche. Si suddivide in tre subtest: leggere una lista di nomi di colori, denominare il nome dei colori presentati attraverso macchie cromatiche e nominare il colore dell'inchiostro con cui sono stati scritti i nomi dei colori. Richiede un controllo attento riferito alla capacità di inibire stimoli interferenti e di attivare l'informazione nella memoria di lavoro; i bambini con ADHD sono condotti frequentemente all'errore per la loro impulsività, fornendo delle risposte che riportano cosa è stato scritto (poiché la lettura è un processo automatico) piuttosto che il colore dell'inchiostro utilizzato per la scrittura.

TOL, *Test della torre di Londra*, di Shallice (1982), Krikorian et al. (1994), Sannio Fancello, Vio & Cianchetti (2006) per la versione italiana, misura le capacità di mettere in atto processi di decisione strategica e di pianificazione delle soluzioni, problem solving, in bambini dai 4 ai 13 anni. Presenta una situazione problematica con difficoltà crescenti, in cui al soggetto viene richiesto di muovere delle palline forate di tre differenti colori, poste in un certo modo su di una struttura costituita da tre pioli di diversa lunghezza, fino a raggiungere la configurazione richiesta. Per raggiungere lo scopo è necessario che siano attivate operazioni distinte: la formulazione di un piano generale, la definizione di mete intermedie e l'organizzazione di una sequenza di movimenti, la conservazione del processo nella memoria di lavoro.

A conclusione del breve repertorio fin qui presentato, si segnala la **BIA**, *Batteria Italiana per l'ADHD*, di Marzocchi, Re e Cornoldi (2010), che raccoglie questionari, scale e test utili per la comprensione di specifiche problematiche di bambini con disturbo dell'attenzione e iperattività. La

gamma di strumenti è funzionale a scopo diagnostico e per una valutazione della sintomatologia in riferimento a plurime difficoltà nei processi esecutivi, nel controllo della risposta e nell'area attentiva e mnemonica.

Accanto a test rivolti a indagare e valutare attenzione, flessibilità attentiva, inibizione comportamentale, pianificazione, memoria di lavoro criticità delle funzioni esecutive è opportuno tenere in considerazione anche **altri strumenti** che offrano indicazioni sulla fluency verbale, abilità di lettura e comprensione del testo, (come ad es. le Prove MT, di Cornoldi, Colpo, 1998) e di calcolo (quali ad es. la batteria AC-MT di Cornoldi, Lucangeli & Bellina, 2001) al fine di verificare se le difficoltà accademiche sono determinate da altri disturbi o se sono conseguenze disfunzionali dell'ADHD o sue comorbidità.

Non da ultimo vanno considerati anche strumenti atti a raccogliere informazioni relative ai sintomi internalizzanti. Le notizie dirette possono essere integrate attraverso la somministrazione di scale di autovalutazione per ansia e depressione. Bambini ed adolescenti sono più attendibili di genitori ed insegnanti per fornire le migliori informazioni in riferimento alla propria sintomatologia. In tal senso vanno segnalati i seguenti strumenti:

MASC, *Multidimensional Anxiety Scale for Children* di March (1997), *Scala di Auto-Valutazione dell'ansia per Bambini*, rivolta a soggetti di età compresa tra gli 8 e i 19 anni. Attraverso 39 items vengono rilevate le criticità riferite a problemi di ansia, indagando i sintomi fisici, l'evitamento del danno, l'ansia sociale e l'ansia da separazione.

CDI, *Children Depression Inventory*, di Kovacs (1992) è una scala di autovalutazione della depressione somministrabile a soggetti di 8-17 anni di età, in cui viene indagato un ampio repertorio di sintomi come il disturbo dell'umore, la capacità di provare piacere, le funzioni vegetative, la stima di sé e il comportamento sociale. Lo strumento, suddiviso in 27 items, esplora la dimensione depressiva in contesti particolarmente rilevanti per il bambino o l'adolescente, come ad esempio la scuola.

RCMAS-2, *Revised Children's Manifest Anxiety Scale - Second Edition*, di Reynolds e Richmond, la cui edizione italiana è stata curata da Scozzari,

Sella e di Pietro (2012), è uno strumento per individuare e valutare l'ansia in età evolutiva. Il questionario si rivolge a soggetti di età compresa tra 6 e i 19 anni ed è un utile strumento sia in contesto clinico che scolastico.

L'osservazione comportamentale

L'osservazione è un procedimento selettivo e una pratica finalizzata ad acquisire conoscenze relative a un soggetto in contesto, è un medium tra percezione del fenomeno e sua successiva interpretazione. La premessa che ha portato allo sviluppo di tale tecnica è che il comportamento è sempre il frutto di una relazione tra individuo e contesto.

Da un punto di vista metodologico è necessario che l'osservazione sia condotta secondo procedure controllate, ovvero sistematiche, ripetibili e comunicabili. Secondo il paradigma teorico cui si fa riferimento è possibile distinguere metodiche osservative differenti (osservazione diretta, naturalistica, etnografica, etologica, indiretta, ecc.) Nel caso di bambini e ragazzi con ADHD, accanto all'osservazione in contesto clinico effettuata dal medico, risulta sostanziale ricevere delle informazioni riferite ad osservazioni indirette eseguite in contesti naturali, ossia familiari, scolastici ed extrascolastici. Per tale scopo si è chiamati a delimitare il campo d'indagine, definire obiettivi precisi e circoscritti, registrare i dati in modo sistematico attraverso strumenti preselezionati (check-list, griglie e altro), richiedere la collaborazione di insegnanti, genitori, educatori e ulteriori figure di riferimento che possano gravitare nel contesto di vita del ragazzo. Nei soggetti con deficit di attenzione e iperattività/impulsività le difficoltà di autoregolazione emotiva, comportamentale e relazionale sono fortemente condizionate da fattori ambientali che possono agire positivamente o negativamente nell'evoluzione e strutturazione della sintomatologia. L'osservazione può pertanto fornire un contributo complementare e sostanziale nel processo diagnostico, che deve:

- distinguersi secondo contesti (casa, scuola, ecc.);
- riferirsi a un preciso arco temporale (intervalli di tempo nella giornata, campionamento a tempo, ecc.);

- permettere di ricavare dati riferiti al setting in cui si svolge l'osservazione;
- fornire informazioni specifiche e contingenti su comportamenti/problema, includendo parametri quali frequenza (numero di volte in cui un determinato comportamento si manifesta in un precisato arco temporale), durata (misura del tempo del comportamento), intensità (forza della risposta in una precisa circostanza);
- offrire notizie su antecedenti, ovvero ciò che accade immediatamente prima del comportamento problematico;
- registrare la risposta ambientale e la risposta del soggetto conseguenti ai comportamenti disfunzionali.

Un'osservazione così condotta permette di individuare ciò che il soggetto "realmente fa, quanto spesso lo fa e in quali situazioni" (Marzocchi, 2003, p.63), di identificare e categorizzare i comportamenti negativi, di analizzarli, di capire le relazioni tra un comportamento problematico e le conseguenze che lo mantengono o gli antecedenti che lo scatenano. Le evidenze emerse dalle osservazioni concorrono a formulare una valutazione diagnostica complessiva dell'individuo e conseguentemente permettono di stabilire l'intervento terapeutico più idoneo, finalizzato a escludere la comparsa di comportamenti o eventi che possano scatenare comportamenti inadeguati, come anche a escludere conseguenze che, risultando rinforzi negativi, li mantengono.

CAPITOLO 3: i trattamenti

In questo capitolo verranno affrontate le modalità di intervento terapeutico per i soggetti con diagnosi di ADHD. Il disturbo, complesso e pervasivo, necessita come nella fase del processo diagnostico così anche in quella dei trattamenti, del contributo e dell'interazione sinergica di differenti figure professionali e non. Il neuropsichiatra infantile, il pediatra, lo psicologo, il terapeuta, come anche docenti ed educatori, possono –nel rispetto dei propri ruoli e delle proprie specificità professionali- intervenire, per individuare le pratiche e la personalizzazione terapeutica più idonee a ottenere i maggiori e più duraturi benefici per i soggetti. “La coerenza tra i diversi sistemi coinvolti nel trattamento e la loro funzionale integrazione e interazione diventano presupposti indispensabili a livello prognostico, per la buona riuscita del trattamento e per la risoluzione dei diversi problemi che si possono presentare “ (Marzocchi et al. 2012, p.90).

I trattamenti sono diversificati in relazione al target e ai programmi terapeutici e possono essere così sintetizzati:

- sul soggetto:
 - terapia farmacologica
 - terapia non farmacologica: interventi psicoeducativi, terapia cognitivo-comportamentale, neurofeedback, training sulle abilità sociali;
- sui genitori: Parent Training;
- sui docenti: Teacher Training.

L'ADHD è una sindrome con rilevanti componenti neurobiologiche rispetto a cui il contesto ambientale incide significativamente rivestendo un ruolo di contenimento o amplificazione dei sintomi nucleari. In considerazione di ciò, ad oggi l'intervento elettivo nella terapia di tale disturbo risulta essere **l'approccio multimodale**, che combinando terapie mediche con interventi psicosociali, permette un'azione integrata, efficace per la remissione della sintomatologia. L'approccio multimodale prevede contemporaneamente interventi di tipo farmacologico e non sul bambino/ragazzo, un'azione

psicoeducativa e di scaffolding con i genitori, ed infine informazione, formazione e supporto nella gestione del comportamento e delle disfunzionalità per docenti ed educatori, che in contesto scolastico operano con gli ADHD. I sintomi nucleari dell'ADHD quali inattenzione, impulsività/iperattività possono essere gestiti attraverso la terapia farmacologica che si mostra efficace nel l'80-90% dei casi, tuttavia non interviene nei collegati disturbi della condotta, di apprendimento, di relazione per i quali domandano interventi psicosociali, psicoeducativi e ambientali. (Linee guida SINPIA, 2002) In letteratura medica un importante contributo riferito all'approccio multimodale è lo studio Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA, 2004), coordinato dall'Istituto Nazionale per la Salute Mentale degli Stati Uniti. La ricerca ha mostrato come su di un campione di 579 bambini con diagnosi di ADHD di tipo combinato la terapia esclusivamente farmacologica e quella combinata risultavano più efficaci dell'intervento psicoeducativo intensivo senza farmaci o del trattamento di routine. Nessuna differenza è stata rilevata tra trattamento esclusivamente farmacologico e trattamento combinato. Lo studio multicentrico condotto dal MTA Cooperative Group (1999) ha dimostrato che la combinazione della terapia farmacologica con l'intervento psicoeducativo offre alcuni vantaggi rispetto all'utilizzo di uno solo di questi interventi: migliora le relazioni tra pari, aumenta la soddisfazione di genitori per il trattamento, permette di avvalersi di dosi minori del farmaco (Zuddas et al., 2008).

Proprio in tal senso è opportuno ricordare che "Il trattamento combinato, a differenza della sola terapia farmacologica, si propone non solo di ridurre la sintomatologia del paziente ADHD ma anche di ampliare il repertorio comportamentale del bambino, della famiglia e delle altre figure che ruotano attorno a lui per poter fronteggiare in maniera efficace, nel corso del tempo, un disturbo dello sviluppo, come l'ADHD, che è cronico." (Marzocchi et al., 2012, p.92)

3.1 Il trattamento farmacologico

La terapia farmacologica interessa i soggetti con ADHD che presentano disfunzionalità severe e significativa pervasività del quadro sintomatologico. I farmaci più utilizzati sono il metilfenidato, uno psicostimolante conosciuto con il nome commerciale di Ritalin e l'atomexina (non psicostimolante). In generale questi farmaci assicurano la riduzione dei sintomi primari del disturbo, favorendo un aumento della vigilanza e dei processi attentivi. "I bambini con ADHD che assumono questi farmaci sono non soltanto meno impulsivi, irrequieti e distraibili, ma anche maggiormente capaci di tenere a mente informazioni importanti, di interiorizzare il discorso autodiretto, di avere autocontrollo." (Gadow et al., 1990 in Marzocchi et al. 2012, p.94) Gli effetti del trattamento farmacologico sull'apprendimento e il rendimento scolastico sono stati studiati in letteratura e le evidenze mostrano che tutti i farmaci per l'ADHD hanno portato effetti benefici nel comportamento e nella capacità di portare a termine il lavoro scolastico, dimostrando un potenziale per migliorare l'apprendimento e il successo accademico dei bambini. (Prasad et al. 2013)

Il metilfenidato è il farmaco più utilizzato e inizia a manifestare i suoi effetti clinici dopo 30 minuti dalla somministrazione, raggiunge il picco di attività dopo un'ora e mostra una durata terapeutica compresa tra le 2 e le 5 ore. Generalmente viene somministrato 2/3 volte al dì e può prevedere anche dei periodi di interruzione (ad es. è frequente venga arrestato nei mesi estivi o nei periodi non scolastici). Con la sospensione della terapia gli effetti del farmaco decadono. Possibili effetti collaterali possono essere nausea, vomito, cefalea, irritabilità e aggressività (ISS, 2008).

Da alcuni anni anche in Italia sono disponibili due preparati a lento rilascio a base di metilfenidato. Le percentuali di rilascio nei due tempi sono rispettivamente del 30 e 70% oppure del 50 e 50%. I due tempi di rilascio sono legati alla diversa preparazione del metilfenidato, inserito in microcapsule di zucchero (rilascio immediato) e paraffina (rilascio più lento). L'atomexina viene assorbita rapidamente dopo la somministrazione, la concentrazione massima del farmaco è raggiunta dopo 1-2 ore e

l'eliminazione dello stesso avviene dopo 5. Gli effetti clinici si prolungano per 24 ore e pertanto è possibile ricorrere a 1 o eventualmente 2 somministrazioni giornaliere. Possibili eventi avversi sono: mancanza o calo dell'appetito, disturbi del sonno, riduzione della crescita (Braswell & Bloomquist, 1991) aritmie cardiache, insufficienza epatica acuta, convulsioni e ideazione suicidaria (ISS, 2008).

Nonostante le preoccupazioni per l'ideazione suicidaria legati alla classe di farmaci utilizzati per il trattamento dell'ADHD, i benefici superano generalmente i rischi. (Barkla et al., 2015) Per quanto riguarda la valutazione della sicurezza a lungo termine di farmaci per l'ADHD nei bambini e adolescenti, gli studi sono ancora limitati e presentano un'eterogeneità nella durata dei follow-up come nel report dei dati, per cui sono auspicati dei monitoraggi sistemati di sicurezza a lungo termine. (Clavenna & Bonati, 2014; Meijer et al. 2009)

Gli effetti collaterali dei farmaci utilizzati a scopo terapeutico per l'ADHD sono "di solito minimi e temporanei. Sono, soprattutto, scientificamente lontani dall'allarme sociale che deriva dai mass-media (soprattutto americani ma non solo) o da altre fonti di informazione che trasmettono notizie non supportate ma che hanno in generale un grande impatto su chi non conosce il disturbo." (Marzocchi et al, 2012, p.94)

Sulla base delle sintesi riportate appare chiaro che la determinazione di una terapia farmacologica deve attentamente considerare e valutare i rischi derivati dalla somministrazione dei farmaci (eventi avversi) come quelli della non prescrizione dei medicinali (progressione della psicopatologia, disfunzionalità inficianti il contesto familiare e l'inclusione scolastica).

In Italia i farmaci registrati sono stati introdotti e autorizzati dal nostro sistema Sanitario Nazionale nel 2007 grazie all'istituzione di un apposito *Registro Nazionale dell'ADHD* per i soggetti affetti dalla sindrome, coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'IIS in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco AIFA. Il Registro vincola la prescrizione farmacologica a un piano terapeutico semestrale da parte di un *Centro di Riferimento*, ovvero di una struttura ospedaliera di secondo livello distribuita in ciascuna regione della

penisola. Ognuno dei Centri clinici accreditati dalle Regioni o dalle Province autonome, garantisce l'accuratezza diagnostica, esclude l'uso improprio dei medicinali, raccoglie in forma anonima e previo consenso informato i dati dei pazienti di età compresa tra i 6 e i 18 anni al fine di verificarne benefici terapeutici, monitorare la compliance dei soggetti sul medio e lungo periodo, armonizzare la gestione globale degli interventi sui pazienti con ADHD. (http://www.iss.it/binary/publ/cont/08-35_WEB.1229516604.pdf)

La valutazione della somministrabilità del farmaco è riservata al neuropsichiatra in ottemperanza alle Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva, pubblicate nel 2002, dalla SINPIA Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (<http://www.sinpia.eu/atom/allegato/149.pdf>). Il medico, valutando peso, altezza, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, età del soggetto, storia clinica, tipologia del disturbo (ADHD-I, ADHD-D, ADHD-C) ed eventuali comorbidità (emotive, cognitive o comportamentali), individua il farmaco che meglio si adatta e che può portare i benefici più idonei rispetto alle caratteristiche personali del bambino o del ragazzo. Monitora il trattamento a 6, 12, 18 e 24 mesi. Durante ogni controllo valuta esiti terapeutici, miglioramenti, effetti collaterali al fine di modulare il trattamento o cambiare il piano terapeutico. Lo sviluppo delle opzioni terapeutiche farmacologiche in ADHD apre delle prospettive in materia di applicabilità e una maggiore specificità nella pratica quotidiana per adattarsi alle caratteristiche di ogni paziente. L'opzione farmacologica più idonea dovrebbe poi includere parallelamente interventi di psicoeducazione. (Mulas et al., 2012)

3.2 Gli interventi non farmacologici

Gli interventi non farmacologici a favore di bambini e ragazzi con ADHD sono molteplici e comprendono il neurofeedback e -nell'area dei trattamenti a carattere psicologico- gli interventi psicoeducativi, la terapia cognitivo-comportamentale, il training sulle abilità sociali. Sono inoltre da considerare i meccanismi terapeutici che riguardano la dieta alimentare.

In Italia i soggetti in età pediatrica e fino al 18° anno di età esposti al trattamento farmacologico è simile a quello di altri paesi europei (Panei & Arcieri, 2013) ma in percentuali assai ridotte rispetto ad altri contesti transnazionali. Negli Stati Uniti l'utilizzo di psicostimolanti è pratica accettata da decenni sia in casi severi sia in casi moderati di ADHD. Diversamente in Europa, le attitudini mediche, le restrizioni normative, le linee guida cliniche raccomandano primi interventi a carattere psicosociale/psicoeducativo che non precludono l'uso di eventuali terapie farmacologiche. Oltre a tali indicazioni, le Linee guida (2002) della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza indicano che gli interventi terapeutici, che hanno come scopo principe quello di migliorare il funzionamento globale del bambino/adolescente, devono tendere a:

- a) migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei;
- b) diminuire i comportamenti dirompenti ed inadeguati;
- c) migliorare le capacità di apprendimento scolastico (quantità di nozioni, accuratezza e completezza delle nozioni apprese, efficienza delle metodiche di studio);
- d) aumentare le autonomie e l'autostima;
- e) migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini.

3.2.1 La terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale CBT opera specificatamente sull'autoregolazione dell'attenzione e del comportamento sia esso iperattivo o impulsivo. Può tradursi in variegati programmi finalizzati a modificare modelli comportamentali disfunzionali appresi in passato. Indipendentemente dal programma scelto, questo trattamento prevede innanzi tutto che il terapeuta –come indicato da Marzocchi et al. (2012, p.112)- predisponga un piano di intervento che tenga conto di:

- una corretta lettura della valutazione diagnostica,
- la traduzione dei test clinici in un profilo personale del paziente,

- l'individuazione delle priorità con il soggetto e la famiglia,
- la definizione di un piano terapeutico con obiettivi, tempi e modalità,
- il monitoraggio e la verifica dell'andamento della terapia secondo indicatori qualitativi e quantitativi.

I programmi terapeutici includono training all'autoistruzione, tecniche di problem solving, acquisizione di strategie per la gestione della rabbia, interventi mirati a sviluppare l'autocontrollo, l'autogestione e l'autoregolazione. I percorsi sono finalizzati a migliorare le capacità organizzative del soggetto e la sua percezione e gestione temporale, a sviluppare le competenze risolutive in situazioni problematiche gestendo i propri aspetti temperamentali attraverso la riduzione di esternalizzazioni impulsive e improprie. Benefici indiretti e conseguenti si avranno anche nell'abbassamento dello stress e della frustrazione, nell'innalzamento dell'autostima e nel miglioramento nelle relazioni familiari come nelle interazioni con la comunità dei pari.

Molti sono stati e sono i programmi cognitivo-comportamentali per l'acquisizione dei processi di autoregolazione. Si va da quelli pionieristici della Douglas (Douglas et al., 1976) volti a verbalizzare strategie cognitive basate sulla sua precedente teorizzazione dello *stop and tink*, al quasi contemporaneo programma di Meichenbaum (1977), che ha avviato all'approccio cognitivo comportamentale attraverso un'autoregolazione basata sull'interiorizzazione di consegne. I successivi approcci d'intervento terapeutico di natura cognitivo-comportamentale si sono focalizzati prioritariamente sull'insegnamento diretto al bambino delle abilità di self-control e sulle abilità per la risoluzione dei problemi (Horn et al. 1991). Per la regolazione dell'impulsività e il self-control vanno ricordati i programmi basati sulle autosistruzioni di Kendall & Braswell 1985, e di Braswell & Bloomquist 1991, per lo sviluppo delle abilità relazionali e prosociali i training indicati da Guevremont (1990) e per quelle relative alla progressione delle abilità di adattamento, gli interventi individuati da Roisen et al. (1994) e Stein et al. (1995).

In ambito italiano le ricerche pregresse e quelle sulla metacognizione sono alla base di programmi quali *Impulsività e autocontrollo* (Cornoldi et al., 1996), *Attenzione e metacognizione* (Marzocchi, Molin e Poli, 2000), *Iperattività e autoregolazione cognitiva* (Cornoldi et al., 2001) *Sviluppare l'attenzione e la concentrazione* (Caponi et al., 2008), sino ai software *Autoregolare l'attenzione* (Marzocchi et al., 2006) e *Penso, imparo ... risolvo* (Morgese, 2009).

La terapia cognitivo-comportamentale CBT ha dimostrato la sua efficacia in numerosi studi clinici, per quanto il confronto tra ricerche risulti piuttosto complesso vista l'eterogenea variabilità delle caratteristiche degli interventi. Nell'approccio terapeutico riabilitativo possono infatti incidere variabili che risultano essere difficilmente replicabili o trasferibili quali i comportamenti target, il setting, il ruolo e la formazione dei realizzatori dell'intervento, la frequenza, la durata e le tecniche delle sedute (Schachar et al., 1996). Inoltre –come indicato da SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza- la generalizzazione è resa difficile a causa dell'eterogeneità dell'ADHD e delle tecniche di campionamento (Whalen & Henker 1991, Woodward et al. 1997).

3.2.2 il training sulle abilità sociali

I bambini e ragazzi con ADHD presentano quasi sempre un quadro compromesso o lacunoso nelle interazioni con i pari. Tali soggetti appaiono generalmente come socievoli ed estroversi ma il disturbo, che si manifesta nell'inadeguata gestione delle condotte impulsive rispetto a dei cambiamenti nei compiti o nelle situazioni (Cousins & Weiss 1993). Li conduce praticamente sempre in situazioni di difficoltà e conseguentemente di emarginazione ed esclusione. L'incapacità di rispettare i turni di parola, le regole di un gioco, le norme sociali implicite ed esplicite dettate dai vari contesti, si traducono in comportamenti invasivi che possono risultare per i coetanei -come per gli adulti di riferimento- arroganti, prepotenti e talvolta aggressivi. Questi individui tendono ad accentrare su se stessi tutta l'attenzione, manifestano comportamenti non cooperativi e reagiscono

erroneamente ai messaggi sociali per l'incapacità di interpretare correttamente gli stessi, come quando traggono conclusioni errate rispetto alle intenzioni altrui poiché intendono come ostili intenzioni che non lo sono (Milich & Dodge, 1984). Emotivamente l'euforico senso di predominanza che caratterizza le interazioni iniziali, si traduce successivamente in un senso d'inadeguatezza che sfocia in rabbia e frustrazione, incidendo inevitabilmente sull'abbassamento dei livelli di autostima ed autoefficacia. Emerge quindi una "leadership di stile prevalentemente aggressivo, che ama dare le regole piuttosto che rispettarle e che non riesce a tenere conto dei bisogni dell'altro" (Marzocchi et al., 2012, p.112). Ciò inficia tutta la dimensione che afferisce alla prosocialità intesa come comportamento volontario atto a favorire altre persone (Batson, 1998; Eisenber et al., 2006). Intuire, comprendere, accogliere e rispondere alle richieste altrui sono elementi di promozione che incidono sul senso di riconoscimento e riconoscenza ed attivano l'empatia, ovvero la capacità di sintonizzarsi cognitivamente ed emotivamente con gli altri.

I training sulle abilità sociali aiuta i bambini e ragazzi con ADHD a favorire questa ri-sintonizzazione, volta a lavorare sulla implementazione o la costruzione ex-novo di abilità sociali che operano per ridurre la compromissione del funzionamento sociale, per favorire l'autoregolazione delle condotte impulsive, per riconoscere e gestire le disfunzionalità emotive. Ogni soggetto presenta uno specifico profilo dettato da età, quadro clinico e grado di compromissione. Per tale ragione l'intervento terapeutico deve necessariamente prevedere un piano che partendo dal monitoraggio di abilità sociali assenti, emergenti o esistenti, permetta una pianificazione graduale degli incontri terapeutici. Attraverso le tecniche più adeguate andranno sviluppate competenze che dalle abilità più semplici (relazionarsi a due, fare richieste, condividere piccole esperienze) vadano a quelle più complesse (interrompere la rabbia, negoziare, accogliere le critiche ...), con lo scopo di generalizzare e trasferire le capacità apprese nel contesto controllato del setting terapeutico a ambiti più aperti siano essi familiari, scolastici o ricreativi.

I training possono essere individuali o di gruppo, atti a sviluppare le capacità di conversazione, ad aumentare le abilità sociali in casi di problemi e conflitti attraverso un rinforzo immediato dei comportamenti sociali idonei. (Cousins & Weiss 1993) Si può fare riferimento a supporti esistenti creati per l'insegnamento delle abilità sociali (Jackson et al. 1983) e per i casi più severi di ADHD a programmi più strutturati (Guevremont, 1990). Nondimeno va considerato il ruolo attivo che gli insegnanti possono avere agendo attraverso attività curricolari e progettuali (Strocchi, 2011) idonee a favorire cooperazione e socializzazione in classe, come anche nella strutturazione di veri e propri training di formazione alle competenze sociali (de Boo et al., 2007) atti a migliorare le interazioni sociali e a ridurre l'isolamento di questi soggetti.

3.2.3 Il neurofeedback

Il neurofeedback NF rappresenta un'innovazione terapeutica nel trattamento dell'ADHD e tra gli interventi non farmacologici, si è dimostrato un trattamento non invasivo e promettente (Naomi et al., 2014). Il NF è un procedimento grazie al quale s'impara ad autoregolare la propria attività cerebrale riducendo al contempo i sintomi nucleari del disturbo di attenzione e iperattività/impulsività. Come nel biofeedback, il controllo si acquisisce per mezzo di un meccanismo di condizionamento che insegna al cervello a migliorare la propria regolazione. La sempre crescente accettazione del neurofeedback deve essere letta alla luce della maggiore comprensione dello sviluppo neurologico dell'ADHD ed in particolare dalla costante osservazione di una alterata attivazione cerebrale in molti bambini con ADHD, rilevata con EEG e studi di imaging. Il cervello umano lavora con frequenze che vanno dai 10 ai 40 Hertz e le differenti frequenze indicano i diversi stati mentali:

- onde delta (1-4 Hz) sonno profondo,
- onde theta (4-8 Hz) stato tra il sonno e la veglia,
- onde alfa (8-13 Hz) stato rilassato ma cosciente,
- onde beta (13-30 Hz) e onde gamma (più di 30HZ) stato cosciente e

di attività.

I ritmi veloci sono quelli superiori a 20 Hz. I parametri EEG sono quindi indicatori dello stato di un soggetto e si modificano in funzione dello stato di veglia o sonno e in relazione ai compiti cognitivi a cui è impegnato. Per gli ADHD il training con neurofeedback è volto a ridurre le manifestazioni di disattenzione e assenza che sono registrate dalle onde lente (alfa o teta) e a implementare attenzione e concentrazione visibili attraverso lo spettro delle onde beta e gamma. Tramite l'allenamento con esercizi atti a migliorare l'attività elettrica corticale, riconducendola su ritmi più vicini alla normalità, il NF si propone di affrontare i deficit, agendo sulla plasticità cerebrale (Holtmann et al., 2014) e riducendo i sintomi primari del disturbo. Nel corso di ogni singola seduta che caratterizza il training, al soggetto vengono posti degli elettrodi sul capo al fine di misurare l'attività cerebrale mentre gli vengono proposte delle attività sul computer, che per bambini e ragazzi sono veicolate in forma ludica e la dinamica delle stesse è regolata dall'ampiezza dell'EEG. L'individuo riceve delle sollecitazioni dalla macchina ed in tempo reale gli vengono restituiti i feedback visivi o uditivi sulla sua attività elettrica per mezzo della informazioni che provengono dall'elettroencefalogramma (che il computer visualizza con un ritardo di pochi millesecodi). I feedback saranno tanto più positivi quanto più il soggetto avrà attivato l'attività corticale a ritmi veloci (onde beta e gamma), ovvero manifestando attenzione focalizzata e mantenuta. La terapia agisce sul rinforzo positivo grazie a cui il bambino o ragazzo impara a utilizzare in modo più efficace le proprie aree cerebrali.

Il neurofeedback con EEG è stato usato come trattamento sin dagli anni '70. Lubar & Shouse, (1976) sono stati pionieri nel proporre a bambini ipercinetici attività finalizzate ad aumentare le onde beta associate allo stato di attenzione. Inizialmente, la mancanza di studi controllati e su larga scala ha inficiato l'accettazione del NF all'interno delle comunità psicologiche, psichiatriche e educative. Di seguito sono stati sviluppati metodi più complessi anche attraverso l'elaborazione di animazioni visive, approcci

go/no-go e metodi più interattivi. La successiva raccolta di dati empirici ne ha sostenuto l'utilità in bambini e adolescenti. Nella letteratura di settore sono recentemente comparsi studi promettenti per valutare l'effetto sull'ADHD di protocolli di neurofeedback. I protocolli theta/beta e di modulazione dei Potenziali Corticali Lenti (Slow Cortical Potential SCPs) indicati da Gevensleben et al. (2009a; 2009b) hanno mostrato di favorire l'attenzione focalizzata ma rilassata, riducendo l'attività elettrica anomala e limitando nei bambini ADHD i tratti di impulsività e iperattività. Anche nello studio di Drechsler et al. (2007) viene riportato che l'incremento di potenziali lenti ottenuto tramite neurofeedback permette risultati comportamentali maggiori di quelli riscontrabili in psicoterapia, ma non è possibile isolare gli effetti del neurofeedback da influenze e variabili presenti nell'ambiente sociale del soggetto. Complessivamente il trattamento con NF mostra plurimi vantaggi e benefici:

- è una terapia biologica per la quale non sono richiesti farmaci;
- ha dimostrato l'efficacia in casi di soggetti refrattari alla terapia biochimica,
- ha effetti prolungati che non decadono come nell'uso del farmaco (Ritalin) al cessare della somministrazione,
- gli effetti sono a lungo termine e in alcuni casi per tutta la vita (Lubar, 1997).

Analogamente vanno rilevate criticità riscontrabili in primis nella necessità di avere a disposizione ulteriori studi randomizzati e controllati di gruppo, necessari a fornire una migliore stima della percentuale di pazienti con ADHD che dimostrerà di aver ricevuto dei benefici nella pratica clinica (Rabiner, 2009; Monastra et al., 2005). Secondariamente le problematiche risiedono anche nel costo elevato del trattamento, condotto in ambienti protetti, per un numero di sedute variabile (fino a 40) e con apparecchiature complesse. Va segnalato però che recentemente sono comparsi sul mercato strumenti molto economici e di facile utilizzo, quali software (ad es. Focus Pocus) e cuffie a pochi elettrodi (mindwave mobile) che si basano sulla

rilevazione dell'attività elettrica corticale per indurre modifiche osservabili. Per permettere un coinvolgimento maggiore alcuni studiosi stanno introducendo interfacce che sfruttino la realtà virtuale (Gruzelier et al. 2010). Questo apre nuovi e interessanti scenari per il trattamento del disturbo soprattutto con bambini e ragazzi, poiché queste nuove metodologie, semplici da attuare e da gestire, potranno rappresentare nuove e promettenti opportunità per proporre il neurofeedback a supporto di qualsiasi altro intervento convenzionale nella terapia dell'ADHD.

3.3 Gli interventi psicoeducativi

Per interventi psicoeducativi si intende una pluralità di approcci volti a modificare il contesto fisico e sociale del bambino/ragazzo con lo scopo primario di migliorarne i comportamenti intervenendo sulla riduzione delle criticità dei sintomi nucleari quali disattenzione, impulsività e iperattività. Un'ampia e puntuale rassegna di interventi psicoeducativi atti a sviluppare un adeguato livello di funzionamento adattivo in relazione all'età del bambino e dell'adolescente di fronte alle richieste dell'ambiente, si trova in Vio, Toso e Spagnoletti (2015).

Lo scopo primario degli interventi psicoeducativi è declinato in sottobiettivi che -come indicato da Marzocchi et al. (2012)- hanno il fine di:

- informare scientificamente sul disturbo (eziologia, diagnosi, prognosi, ecc.);
- supportare genitori ed insegnanti nella gestione delle disfunzionalità manifestate dai soggetti con ADHD, anche in relazione alle differenti età e alle differenti tappe dello sviluppo psicologico;
- fornire consigli ed indicare strategie atti a favorire l'autoregolazione dell'individuo e a migliorare gli aspetti comportamentali in contesto domestico, scolastico e altro;
- indicare realistiche aspettative rispetto al disturbo;
- offrire contatti e link di associazioni che si occupano a livello territoriale, nazionale e internazionale di ADHD;

- dare qualificate indicazioni bibliografiche e sitografiche, nonché informazioni su software e applicazioni dedicate alla sindrome.

Tra gli interventi psicoeducativi si trovano due grandi aree: interventi che hanno come target i genitori e che vengono comunemente denominati di *Parent Training*, PT, e quelli che vedono come pubblico privilegiato i docenti e chiamati pertanto percorsi di *Teacher Training*, TT.

3.3.2 Il Parent Training ed il ruolo familiare

L'inclusione e la partecipazione attiva dei genitori all'interno del piano terapeutico d'individui con ADHD è sostanziale, visto che un intervento multifocale che coinvolge bambino-famiglia-scuola risulta fondamentale per il miglioramento globale del funzionamento della persona, come indicato da linee guida (SINPIA, 2002) e da ricerche e meta-analisi dedicate al trattamento multimodale (MTA, 2004).

Il PT è stato sviluppato al fine di aiutare i genitori ad assumere un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del figlio, facilitando l'accordo tra questi ed il contesto di relazione e vita. "In particolare il Parent Training è procedura che serve a ridurre i comportamenti aggressivi e quelli caratterizzati da bassa compliance o distruttivi, migliorando le competenze e il funzionamento genitoriali e facilitando le relazioni familiari." (Buonanno et al., 2007, p.145) Gli obiettivi principali del training sono: informare sulle caratteristiche del disturbo, favorire l'interazione genitore/figlio, educare il genitore a metodi non direttivi incentivando la lettura dei comportamenti positivi e del loro rinforzo, utilizzare strategie mirate (time out, token economy, ecc.), utilizzare tecniche per gestire i comportamenti disturbanti in contesto domestico e in luoghi pubblici. Il PT può prevedere percorsi di coppia o di gruppo, in quest'ultimo caso offrendo l'opportunità del confronto, dello scambio e del sostegno tra pari e producendo effetti equivalenti al parent training individuale (Webster-Stratton, 1996). Il PT può anche contemplare la partecipazione allargata di familiari che svolgono un ruolo rilevante nella quotidianità del bambino. Ciò anche alla luce delle plurime e differenziate tipologie di strutture familiari che si accompagnano alla famiglia tradizionale (Petzold, 1996). La gestione

domestica, come l'organizzazione familiare e i ruoli e le funzioni dei suoi membri assumono un peso decisivo nel trattamento, in cui il terapeuta deve manifestare positive abilità d'interazione per creare un clima positivo e di fiducia che consideri la consapevolezza che ognuno ha di sé e dell'altro. La dimensione grupale attraverso la condivisione esperienziale tra i membri riduce la percezione di stigmatizzazione vissuta da molte famiglie, grazie proprio agli elementi terapeutici assicurati dal lavoro di gruppo (Bloch & Crouch, 1985 e Yalom & Leszcz, 2009).

Il PT trova le sue radici nella seconda metà dello scorso secolo (Hanf, 1969) quando gli interventi nei casi di disturbi infantile hanno rilevato come fosse di primaria importanza il coinvolgimento attivo e partecipato dei genitori, che permettevano la generalizzazione e la stabilizzazione nel tempo dei progressi ottenuti dai bambini in sede terapeutica. Da ciò sono stati avviati distinti piani di intervento quali ad esempio PT per i disturbi del comportamento e PT specificatamente rivolti all'ADHD. Uno dei più celebri programmi di PT è quello proposto da Barkley (1987) attraverso un percorso di 9/12 sedute settimanali condotte da un terapeuta formato ad hoc. I contenuti affrontati nei differenti incontri sono mirati a formare genitori più consapevoli nella comprensione delle difficoltà e delle caratteristiche del bambino con ADHD e contemporaneamente hanno lo scopo di fornire loro competenze utili alla gestione delle disfunzionalità esternalizzate dal figlio. Tra le tecniche psicoeducative che si sono dimostrate efficaci nel PT, Cunningham, Bremner & Boyle (1995) suggeriscono l'utilizzo di video e role playing durante gli incontri terapeutici. Per il mantenimento dei risultati a lungo termine, Eyberg e colleghi (1998) indicano la necessità di proporre delle riunioni periodiche al termine del training per favorire un monitoraggio ed una continuità nel supporto genitoriale. Il programma di Jones e Colleghi (2007, 2008) evidenzia che la promozione della genitorialità, il coinvolgimento nelle attività filiali ed una strutturazione chiara delle attività hanno portato a un miglioramento dei comportamenti infantili e a una riduzione dei problemi di condotta.

Anche in contesto italiano sono stati sviluppati specifici programmi di PT. Va ricordato quello di Vio, Marzocchi e Offredi (1999) che presenta un percorso articolato in un primo momento informativo dedicato alla presentazione delle caratteristiche dei soggetti con ADHD come indicato in letteratura, ed un secondo momento formativo rivolto a individuare i comportamenti problema e a definire soluzioni strategiche per il cambiamento.

Successivo è il Programma CERG, sostegno Cognitivo, Emotivo e Relazionale dei Genitori di Paiano, Re, Ferruzza e Cornoldi (2014) finalizzato a far emergere, rielaborare e trasformare i pensieri, le emozioni e le modalità relazionali dei genitori in merito alla relazione con figli che presentano ADHD. Il percorso si struttura in 10 incontri di 90 minuti ciascuno, preceduti da un contratto terapeutico che assicuri la partecipazione attiva e regolare dei genitori e l'osservanza di alcune regole preventivamente stabilite e dichiarate.

Da alcuni decenni sono state sviluppate delle ricerche atte a individuare i fattori che favoriscono o interferiscono in questo approccio terapeutico. "I fattori maggiormente correlati a un esito negativo del Training sembrano essere il livello socioeconomico basso, la famiglia monoparentale, psicopatologie nei genitori, crisi coniugali e aspettative irrealistiche rispetto al training." (Paiano et al., 2014. p. 19). Inoltre va segnalato che le ricerche condotte da Chronis-Tuscano (2011) e Chronis-Tuscano et al., (2013) hanno indicato che le madri con sintomi di ADHD incidono negativamente a lungo termine sui tratti dei figli e che la depressione materna produce delle conseguenze negative sullo sviluppo del bambino. Per quanto riguarda i padri, Fabiano et al., (2007) hanno evidenziato che i papà attivamente coinvolti nelle attività dei figli riducono le problematiche comportamentali dei bambini.

3.3.3 Il Teacher Training ed il ruolo della scuola

Con TT s'indicano i percorsi rivolti agli insegnanti in merito all'ADHD. Si distinguono in due tipologie: percorsi di informazione/formazione e percorsi di ricerca-azione. Quest'ultimi sono meno frequenti ma di maggiore efficacia

poiché coinvolgono tutti i docenti e tutti gli alunni della classe in funzione di un miglioramento degli stili relazionali, di un innalzamento delle modalità cooperative e di una riduzione delle disfunzionalità. Divenendo un progetto trasversale e a coinvolgimento collettivo incentrato sui comportamenti e non su di un soggetto, evitano la stigmatizzazione dell'alunno ADHD. Si basano inoltre su modelli scientifici di misurazione pre/post intervento. Più frequenti sono invece i TT della prima tipologia ovvero di informazione e formazione, caratterizzati da momenti d'incontro –che a volte includono solo gli insegnanti direttamente interessati dal problema- finalizzati a trovare soluzioni personalizzate da sperimentare con l'alunno verificando in itinere le strategie che possono mostrarsi più idonee.

Al di là delle specificità date dalle tipologie di TT, in tutti i casi lo scopo è quello di supportare i docenti e di operare per facilitare la comunicazione e relazione scuola-famiglia nell'ottica di un'alleanza educativa e terapeutica. Come nel PT anche nel TT si opera molto sul piano dei comportamenti e dell'osservazione degli stessi che divengono centrali nel programma di modificazione del comportamenti denominato *ABC Antecedents, Behavior, Consequences* (Di Pietro et al., 2001). Agire sul piano delle tecniche comportamentali significa operare con:

- strategie che mirano a implementare i comportamenti desiderati,
- strategie finalizzate alla riduzione di comportamenti indesiderati
- strategie combinate ovvero aumentative e riduttive di comportamenti.

All'interno di questa cornice si colloca l'approccio psicoeducativo comportamentale (AA. VV., ADHD a scuola, 2013, Fedeli & Vio, 2016) che indica ai docenti come operare dapprima con interventi basati sugli antecedenti (organizzazione di setting, materiali, tempi /routine, pianificazione delle attività) per strutturare poi interventi basati su tecniche di rinforzo sulle conseguenze positive (rinforzi sociali, dinamici, materiali e simbolici) e tecniche di risposta a conseguenze negative (ignorare pianificato, conseguenze logiche, costo della risposta, corretto utilizzo del rimprovero), fino a utilizzare strategie educative avanzate quali l'allenamento al comportamento corrispondente, il sistema a punti strutturato e il time out.

Tra le tecniche utilizzate per la costruzione di nuove abilità comportamentali nell'alunno vanno considerate (Vio et al., 2015; Marzocchi et al., 2012):

- il rinforzo, ovvero l'evento che ha la capacità di modificare la frequenza con cui compare un determinato comportamento;
- il concatenamento o *chaining*, ovvero l'apprendimento di sequenze comportamentali anche complesse attraverso la progressiva acquisizione di sottosequenze comportamentali rinforzate;
- lo *shaping*, una tipologia di rinforzamento differenziale per approssimazioni successive, sempre progressivamente più vicine al comportamento target;
- il *prompting*, l'indicazione di sintetici e immediati suggerimenti verbali, scritti o comunicati attraverso segni convenzionali e cartelli a sostegno dei corretti comportamenti che sono in fase di conseguimento,
- la guida fisica,
- il *matching*, l'esibizione di esempi che possano aiutare i bambini e ragazzi nella realizzazione di *task* cognitivi,
- il *fading* , ossia l'eliminazione progressiva dell'aiuto esterno finalizzato all'assunzione autonoma e consapevole di comportamenti idonei;
- il *modeling*, ovvero l'apprendimento di comportamenti nuovi attraverso l'osservazione al fine di migliorare comportamenti già posseduti e inibire quelli disfunzionali;
- il *task analysis*, la tecnica che permette di scomporre, semplificare e descrivere in sequenze ottimali il compito individuando le situazioni stimolo che controllano l'emissione della risposta.

Considerando che all'ADHD sono associate difficoltà scolastiche (Cantwell e Baker 1991) e che oltre un terzo dei bambini manifesta disturbi di apprendimento (August e Garfinkel 1990), è evidente che gli insegnanti e la scuola possono giocare un ruolo decisivo nel percorso educativo, formativo e terapeutico di questi ragazzi. E' necessario intervenire sulle strategie di gestione della classe, con interventi di carattere organizzativo e con la personalizzazione di percorsi che è opportuno implementare e orientare nella direzione delle migliori pratiche (Murray et al., 2011). Indispensabile è

identificare tutte le difficoltà specifiche durante la valutazione iniziale, definire dei percorsi mirati, operare sinergicamente tra scuola e famiglia in accordo con la rete sanitaria secondo un intervento integrato in cui il lavoro psicoeducativo sia finalizzato al benessere del soggetto e al conseguimento di un'autoregolazione consapevole e responsabile.

CAPITOLO 4: successo scolastico e ADHD

La ricerca mira a indagare la relazione tra ragazzi con diagnosi di ADHD e successo scolastico. Per attendere questo obiettivo è necessariamente utile riflettere su ciò che intendiamo per successo scolastico e soprattutto sulla molteplicità di aspetti che intervengono a definire l'insuccesso scolastico. Solo una chiara lettura di questi fenomeni, a partire da un lessico di base condiviso, permetterà successivamente di relazionare queste tematiche all'universo complesso di ragazzi con una diagnosi di deficit di attenzione e iperattività/impulsività.

4.1 Successo e insuccesso scolastico

Parlare di **successo scolastico** rimanda in primis alla garanzia del dettato costituzionale che all'art. 3 sancisce "il diritto di ciascun soggetto a vedersi rimuovere gli ostacoli" che "di fatto impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Tale principio statuito giuridicamente è analogamente fondante in ambito psicopedagogico, affinché a ogni individuo venga assicurato il naturale ed idoneo sviluppo delle proprie potenzialità nel processo di crescita personale e formativo. Il primo spazio delle stimolazioni educative e formative è certamente quello familiare, ambito a cui si accompagnano e concorrono fattori dettati dal contesto ambientale, sociale e dalla combinazione di plurali e distinti contributi esterni. Tra questi, la scuola occupa una posizione di rilievo, incidendo in modo sostanziale sullo sviluppo del soggetto in età evolutiva a partire dai primi anni di vita.

La scuola, diversamente dalla famiglia e dalla società, è l'unica agenzia che ha, per mandato istituzionale, il compito di predisporre, adottare e controllare gli strumenti necessari, affinché ciascun alunno possa sviluppare al meglio le proprie potenzialità.

La scuola odierna, scuola dell'autonomia, ha ribadito questa vision nel suo incipit: *“L'autonomia delle istituzioni scolastiche è garanzia di libertà di insegnamento e di pluralismo culturale e si sostanzia nella progettazione e nella realizzazione di interventi di educazione, formazione e istruzione mirati allo sviluppo della persona umana, adeguati ai diversi contesti, alla domanda delle famiglie e alle caratteristiche specifiche dei soggetti coinvolti, al fine di **garantire loro il successo formativo**, coerentemente con le finalità e gli obiettivi generali del sistema di istruzione e con l'esigenza di migliorare l'efficacia del processo di insegnamento e di apprendimento.”* (D.P.R. 275/99 ART. 1.2) La garanzia del successo formativo è quindi un mandato istituzionale che viene declinato nel Piano dell'Offerta Formativa, *“documento fondamentale costitutivo dell'identità culturale e progettuale delle istituzioni scolastiche”* (D.P.R. 275/99 ART.3), P.O.F. in cui ogni scuola dichiara la propria mission, ossia l'interpretazione del mandato istituzionale nel proprio contesto di appartenenza.

E' palese il ruolo di grande e sostanziale responsabilità affidato alla scuola, chiamata a *“garantire la componente dello sviluppo più progettabile e controllabile: il successo formativo, inteso come valorizzazione strategica delle potenzialità di ogni alunno e traduzione di esse in concrete competenze, quali la nostra società sempre più complessa e competitiva esige ed impone.”* (Daddazio)

E' evidente che in questo percorso di riuscita e “autorealizzazione” del soggetto è necessaria un'azione sistemica che agisca su di un progetto formativo integrato, ovvero nella realizzazione di un rapporto sinergico e reticolare tra:

- azione individuale del minore (assunzione di responsabilità, impegno nel lavoro, costruzione di relazioni interpersonali significative, autonomia, autostima),
- alleanza educativa con la famiglia (presenza, collaborazione, comprensione, ascolto, guida all'emancipazione, valorizzazione, sostegno, ecc.)

- intervento significativo della scuola, intesa come agenzia formativa ma anche come comunità educante, che, nel rispetto di ruoli e funzioni, agisce per la co-costruzione educativa e formativa, all'interno di un sistema dinamico aperto e capace di fare rete con il territorio.

Alla luce di queste brevi considerazioni è interessante pertanto rilevare che successo scolastico e successo formativo non sono sinonimi, ma debbono essere letti secondo una logica di connessione e di continuità, che include un delicato passaggio di paradigma, come già esplicitato nel documento ministeriale del 2000, in cui si leggeva: *“Il quadro complessivo delle riforme, infatti, pone la promozione del successo formativo come obiettivo prioritario non solo della Scuola, ma dell'intero sistema sociale, assumendo una prospettiva più ampia rispetto al successo scolastico, secondo la quale la formazione è intesa come risorsa permanente per la crescita di ogni individuo, con l'obiettivo esplicito di prevenire l'esclusione e favorire l'inserimento sociale e lavorativo”*.

Tuttavia per parlare compiutamente di successo scolastico dobbiamo –in modo complementare- affrontare anche l'ambito dell'insuccesso scolastico che paradossalmente ci permette una più esaustiva comprensione del fenomeno nella sua complessità. L'espressione **insuccesso scolastico** fa riferimento a un'ampia gamma di manifestazioni quali: cursus scolastico negativo, bocciatura, ripetenza e ritardo, evasione/dispersione scolastica, abbandono, ecc. In passato tutto ciò afferiva agli ambiti della selezione e della mortalità scolastica, ma –a partire dalla metà degli anni '80- nuovi approcci della pedagogia, della psicologia culturale e della sociologia dell'educazione hanno analizzato il fenomeno secondo prospettive diverse, introducendo il termine di dispersione scolastica, ed indicando con lo stesso sia l'insuccesso individuale (l'alunno non attende i traguardi di competenza e non procede secondo un canonico percorso scolastico), sia l'insuccesso istituzionale (la scuola non assicura il successo formativo degli allievi, perde in utenza, funzionalità e identità). Per affrontare la complessità di queste realtà ci pare corretto dedicare uno spazio di riflessione all'analisi di ciò che oggi intendiamo per dispersione scolastica e, di seguito, alla relazione tra

fenomeni di dispersione e ragazzi con diagnosi di disturbo dell'attenzione e iperattività/impulsività.

4.1 Fenomenologia del disagio e della dispersione scolastica

La dispersione scolastica è un epifenomeno del disagio scolastico che spesso la precede e sempre l'accompagna. Per **disagio scolastico** intendiamo un fenomeno complesso e multifattoriale che si connette ad altre forme di disagio (psicologico, socioculturale, evolutivo-adolescenziale) ma che vive di una sua specificità e *“nasce dall'incontro fra il ragazzo e la scuola, dal processo dialettico tra le richieste dell'istituzione scolastica e la risposta dell'alunno.”* (Baldaro, Verde, 1989) Come sostengono Mancini e Gabrielli *“il disagio scolastico è uno stato emotivo, non correlato significativamente a disturbi di tipo psicopatologico, linguistici o di ritardo cognitivo, che si manifesta attraverso un insieme di comportamenti disfunzionali (scarsa partecipazione, disattenzione, comportamenti prevalenti di rifiuto e di disturbo, cattivo rapporto con i compagni, ma anche assoluta carenza di spirito critico), che non permettono al soggetto di vivere adeguatamente le attività di classe e di apprendere con successo, utilizzando il massimo delle proprie capacità cognitive, affettive e relazionali”* (Mancini, Gabrielli, 1998). Regoliosi (1999) individua tre differenti tipologie di disagio: il disagio evolutivo endogeno, legato alla crisi di transizione dell'età adolescenziale, il disagio socioculturale esogeno, legato ai condizionamenti della società complessa e il disagio cronicizzante, legato all'interazione di fattori-rischio individuali e locali con le precedenti forme di disagio. Nel momento in cui il disagio si amplifica, molteplici possono essere le traduzioni di questo malessere, che si può concretizzare in modalità diverse che ora sinteticamente richiamiamo.

L'alunno può manifestare un **basso rendimento** scolastico (*underachievement*), termine con cui la psicologia dell'apprendimento indica gli esiti in difetto tra risultati raggiunti e potenzialità di partenza dell'allievo rispetto ai traguardi di competenze previsti dal percorso curricolare. Tale discrepanza, se severa, può divenire un possibile indicatore di

disadattamento scolastico, ossia di impossibilità da parte del soggetto di partecipare attivamente al contesto educativo raggiungendo risultati positivi negli apprendimenti e tessendo relazioni significative con i coetanei e gli adulti. (Regoliosi, 1994; Ghione, 2005)

Il disadattamento si può annunciare anche attraverso le **assenze**. Fatte salve quelle di breve periodo, devono essere attentamente valutate quelle di medio e lungo periodo. Queste forme di **assenteismo** scolastico possono condurre a frequenze irregolari tali da compromettere l'annualità scolastica (per la scuola secondaria di 1° assenze pari al 25% dei giorni calendarizzati) o a vere e proprie interruzioni di frequenza. Il fenomeno stesso dell'assenteismo non è facilmente definibile poiché appare associato e concatenato con altre manifestazioni quali il rifiuto della scuola, disinteresse scolastico e la fobia scolare. (Rayner, Riding, 1996; Balottin et al. 1999). Dalla revisione della letteratura specifica –come affermano Balottin, Guazzotti, Carruba, Palazzi, (1999)- sono emersi tre filoni di ricerca: ricerche prevalentemente epidemiologiche come quelle condotte da Berganza, Anders (1978), ricerche eziologiche quali quelle di Weitzman e colleghi (1982,1985, 1986) e ricerche su bambini affetti da malattie croniche in Weitzman et al. (1986). In Italia il lavoro condotto da Lanzi & Balottin (1993) ha evidenziato che *“i fenomeni che spiegano il fenomeno dell'assenteismo sono nell'ordine: la mancata frequenza alla scuola materna, lo scarso rendimento scolastico, i giudizi di famiglia non tradizionale (genitore solo, convivenza, divorzio), la presenza di importanti eventi recenti(...). Inoltre sarebbero importanti le correlazioni tra fattori come la scarsa socialità e lo svantaggio socioeconomico, la mancata frequenza alla scuola materna e lo scarso rendimento scolastico”*. (Balottin et al., 1999, p.112)

Certamente la forma più clamorosa dell'insuccesso scolastico è quella che si esplicita attraverso la **bocciatura** e la **ripetenza** dell'annualità. La mancata promozione o ammissione all'esame e il conseguente mancato passaggio alla classe successiva sono generalmente ascritte alla responsabilità individuale, anche se è ampio e variegato il dibattito che coinvolge le

attribuzioni e gli obblighi del sistema scolastico nell'assicurare il successo educativo e formativo dei soggetti scolarizzati. Bocciatura e ripetenza giocano un ruolo strategico sui possibili danni motivazionali, incidendo fortemente sul senso di incapacità e di inadeguatezza del soggetto. Analogamente favoriscono l'*helplessness*, "l'impotenza appresa" (Seligman, 1975; Cornoldi 1995), ossia l'acquisizione da parte del soggetto di una consapevole e certa impotenza di fronte alle situazioni più diverse, poiché un'attribuzione causale interna viene generalizzata ed estesa oltre le situazioni che le hanno generate, producendo un senso di sfiducia e di fatale inevitabilità.

Bocciature e ripetenze producono irreparabilmente un **ritardo scolastico**, ossia un prolungamento temporale del percorso accademico riferito al singolo alunno. In alcuni casi ciò può generare fenomeni di vera e propria **evasione scolastica**, ossia d'inadempienza rispetto al diritto/dovere di istruzione per minori nella scuola dell'obbligo, e che in fasce di età successive e non più obbligate, si configura come fenomeno terminale di un processo che porta all'interruzione degli studi e che viene denominato **abbandono scolastico**. Questo va letto come *"un problema-sintomo che segnala un duplice mal-adattamento: quello della scuola che non riesce a far fronte al compito per il quale è stata istituita, promuovere la maturità individuale e sociale del singolo, e il maladattamento dello studente che che sembra non trarre vantaggio, per la sua crescita individuale e sociale dell'istituzione che la collettività di riferimento ha predisposto appositamente."* (Liverta Sempio, Confalonieri, 1999, p. XIII). Va detto infine che l'abbandono scolastico si presenta con forme e modalità diverse nel corso del tempo, poiché riflette ed esprime intrecci di significati individuali e sociali appartenenti ad un determinato periodo temporale.

Tutti gli elementi fin qui sinteticamente illustrati sono complessivamente e globalmente inclusi nella dicitura **dispersione scolastica**, cappello sotto cui *"vanno compresi tutti quei fenomeni che comportano: rallentamento del percorso formale di studio, inadempienze dell'obbligo scolastico, uscite in*

corso o a fine anno nei diversi gradi di scolarità obbligatoria e postobbligatoria prima del raggiungimento del titolo di studio interno ai vari cicli scolastici.” (Ghione, 2005, p. 51) Mutuando l’analisi di Liverta Sempio (1999) sulla caratterizzazione dell’abbandono scolastico possiamo affermare che anche la dispersione –peraltro compresa- si contraddistingue per: la sua realtà composita (i differenti gradi di distacco, disaffezione e allontanamento), la sua realtà plurideterminata (fattori diversi che agiscono sul piano sincronico e diacronico del processo individuale ma anche storico collettivo), la sua realtà relazionale (il venir meno di un rapporto pedagogico tra individuo e scuola, l’emergere di una compromissione delle relazioni tra attori scolastici e compiti di ruolo). La dispersione così intesa, evidenzia la sua natura intrinseca di fenomeno declinato al plurale, inglobante e multidimensionale, rispetto a cui è necessario operare secondo un approccio olistico ma circostanziato, che permetta un’analisi coerente e completa dei molteplici e complessi fattori causali.

4.3 I soggetti a rischio drop-out

I soggetti a rischio disagio, dispersione e abbandono scolastico costituiscono un gruppo alquanto variegato che include un numero ampio di individui con legami causali differenti, anche e non da ultimo in funzione dell’età di riferimento. Rispetto a ciò è possibile fornire letture diverse realizzate da prospettive differenti. Qui optiamo per un’interpretazione desunta dalla psicologia educativa cognitivista, che -per quanto si sia occupata indirettamente del fenomeno, concentrando la sua attenzione sulle difficoltà di apprendimento o di insuccesso scolastico- ha tuttavia il merito di presentare un quadro di riferimento solido e significativo per quanto attiene le problematiche cognitive che si collocano alla radice delle criticità scolastiche o della fuoriuscita dal processo formativo, senza escludere tuttavia cause socio-economico-ambientali.

Comoglio (1999) individua tre aree di potenziale difficoltà o insuccesso scolastico.

La prima e più consistente area è quella nominata in letteratura come **student at-risk** ed include individui che hanno o potrebbero avere

manifestazioni di esclusione dal processo educativo-formativo. All'origine di ciò si collocano ragioni molteplici: *“cognitive (insufficienza di conoscenze dichiarative, procedurali e metacognitive), psicosociali (condizione economica di povertà o di emarginazione, alcolismo, violenza, privazione di assistenza parentale (...), di mobilità scolastica, devianza sociale o problematica evolutiva.”* (Comoglio, 1999, p.178)

Una seconda tipologia riguarda gli **underachievement**, ossia gli studenti che pur collocandosi all'interno del processo d'istruzione, presentano prestazioni ridotte rispetto alle potenzialità di partenza, con apprendimento e sviluppo cognitivo inferiori di quelli attesi. Rispetto a questa categoria *“Sono state indagate molte variabili, come la demotivazione, il rapporto tra ansietà, emozione e attività cognitiva, il sistema di insegnamento, i fattori cognitivi, l'influsso del sistema delle credenze, ecc.”* (Comoglio, 1999, p.179)

Un terzo gruppo include gli individui con **learning difficulties** ovvero con difficoltà di apprendimento determinate da cause genetiche o strutturali, che incidono sul percorso di educazione e istruzione, condizionando profondamente il successo formativo. Le origini delle problematiche sono diverse come anche la loro suddivisione; per questi soggetti è comunque necessario prevedere interventi mirati e puntuali.

4.4 I fattori di rischio

Disagio e dispersione scolastica sono originati da una molteplicità di ragioni, che vanno lette secondo una visione integrata e interrelata tra variabili soggettive e macrosociali. *“Quando ci si confronta con il disagio sociale ed educativo l'applicazione di uno schema di lettura lineare (“causeffettuale”) si rivela praticamente impossibile: la complessità delle variabili in gioco e l'imprevedibilità delle risposte soggettive di ciascun individuo, infatti, non consentono di anticipare in modo deterministico il manifestarsi dei fenomeni. Non è corretto in conclusione, parlare di “cause” ma piuttosto di “fattori-rischio”, cioè di variabili di ordine psicologico, culturale, sociale, che, combinandosi soggettivamente nella storia personale di ciascun ragazzo, possono condurlo a vivere situazioni di malessere o di aperto conflitto”.*

(Regoliosi,1999, p.232) E' possibile distinguere e considerare i **fattori di rischio** in quattro aree di riferimento: l'area individuale, l'area scolastica/pedagogica, l'area socio-familiare, l'area macrosociale, le ultime tre aree individuate anche come fattori endogeni e fattori esogeni. (Morgagni, 1999)

I **fattori riconducibili al soggetto** sono molteplici e sono ascrivibili alle caratteristiche psicologiche individuali che si riflettono in scarsa motivazione, basso livello di autostima, limitato controllo emotivo, limitata tolleranza alle frustrazioni e inadeguato stile attribuzionale. (Grazzini, 2005)

Accanto alle caratteristiche psicologiche si possono affiancare anche ridotti livelli di competenze e conoscenze, determinati da povertà di contenuti e di strutture cognitive, da stili di apprendimento inefficaci e assenza di riflessione sui processi metacognitivi. (Grazzini 2005)

Infine vanno considerati anche gli effetti determinati dalle tappe di sviluppo e nello specifico dalle situazioni di disagio che possono emergere da condizioni evolutive preadolescenziali e adolescenziali. Il disagio evolutivo può essere analizzato in termini descrittivi (tensione e ambivalenza tra sé e la società, sperimentazione e messa alla prova del sé, isolamento contrapposto a vissuti d'onnipotenza, rifiuto della socializzazione istituzionale) e in termini interpretativi ("compiti evolutivi" ossia insieme di prove di iniziazione alla vita adulta che possono generare stati transitori di sofferenza o conflitto) (Regoliosi, 1999). Non da ultimo vanno anche considerati aspetti relativi alla biografia personale (e familiare) del soggetto quali processi migratori, urbanizzazioni, provenienza da culture marginali o emarginate.

I **fattori riconducibili alla scuola** sono plurimi e si collocano su differenti piani. Sul piano delle interazioni, inadeguate competenze comunicative tra i vari attori coinvolti possono condurre a problemi relazionali tra pari, tra bambini e docenti, e tra famiglie e docenti, come anche tra gli stessi insegnanti con il rischio di una grave perdita in termini di collegialità,

efficienza ed efficacia e di una centratura sull'istruzione a scapito della relazione. Disagio e dispersione divengono allora *“forme di rottura del patto formativo tra scuola e individuo”*, (Liverta Sempio, 1999, p.34), configurandosi come un'interruzione nella relazione di complementarità e reciprocità. La psicologia culturale ha sottolineato come il rapporto pedagogico si costruisce a partire da una convergenza di soggettività, in cui i docenti hanno un ruolo determinante nella costruzione di spazi di incontro e dialogo. *“Se per gli attori scolastici non vi sono possibilità interne ed esterne per questo incontro, allora il rapporto educativo, i processi d'insegnamento-apprendimento sono privi di fondamenta e, quando vengono intrapresi, risultano sia per l'insegnante che per l'allievo riproduzioni di copioni di vita sentiti come estranei anziché interpretazioni personali nella direzione della reciproca comprensione e della condivisone.”* (Liverta Sempio, 1999, p. 36)

La scuola può risultare fattore di rischio per il disagio e la dispersione scolastica anche nel momento in cui pratica una didattica con approcci desueti e prevalentemente trasmissivi, che non cogliendo le opportunità offerte da metodologie attive, laboratoriali e cooperative, e non accogliendo i nuovi linguaggi delle TIC e della multimedialità, non è in grado di rispondere ai bisogni motivazionali degli alunni. *“Diversamente che in passato, il bambino di oggi si trova a interagire con tre tipi di realtà: quella virtuale, quella concreta, quella simbolica, che organizzano i significati secondo modalità molto diverse.”* (Groppo, Locatelli, 1999, p.131) L'epoca odierna tecnologica e multimediale apre alla scuola nuove sfide e implica un vero e proprio cambio di paradigma, poiché i modelli di pensiero lineari tradizionali sono ora sostituiti da modelli complessi e reticolari, in cui i saperi non sono mai assoluti ma in divenire. L'utilizzo sincronico di più codici e canali comunicativi dà *“alla conoscenza una nuova forma, che inevitabilmente influenza anche la struttura della nostra enciclopedia mentale”* (ivi, p.130) Di fronte a ciò la scuola stessa è chiamata a rispondere attraverso l'assunzione di nuovi modelli conoscitivi e una rivisitazione non solo dei sillabi ma anche degli approcci e delle metodologie.

Infine anche il sistema scuola, inteso nei termini di struttura e organizzazione, può pesare sfavorevolmente sul successo formativo. Una gestione e strutturazione del tempo scolastico poco flessibile, spazi e strutture inadeguati, ambienti di apprendimento obsoleti, composizione delle classi in assenza di criteri di eterogeneità ed equilibrio, rigidità dei curricoli, assenza di reale continuità tra un ciclo di studi e il successivo, carenza nell'orientamento, scarsa formazione in servizio dei docenti sono solo alcune delle variabili che possono incidere negativamente nella realizzazione del mandato istituzionale volto a garantire il successo formativo di tutti gli allievi. Non da ultimo talvolta l'incapacità della scuola di tessere solide reti comunicative con il territorio può depauperare o non accogliere occasioni formative e culturali offerte dalla realtà locale, occasioni che possono avvicinare alunni con disaffezione/demotivazione scolastica e possono giocare un ruolo decisivo per aprire la scuola all'esterno e a vissuti esperienziali e a saperi non esclusivi delle aule scolastiche.

Tra i fattori di rischio contestuali la **famiglia** assume un'importanza strategica. Variabili influenti sono la composizione e la tipologia del nucleo familiare, il grado di scolarizzazione dei genitori, la condizione lavorativa e più in generale il livello socio-economico. Gli studi sociologici degli anni '70 (Basil Bernstein e Pierre Bourdieu) hanno evidenziato come la dimensione socio-economica familiare possa influenzare scelte scolastiche o determinare uscite precoci dal sistema formativo, favorendo processi di produzione-riproduzione delle disuguaglianze sociali ed educative. Gli studi degli ultimi decenni pur riconoscendo la multifattorialità dei fenomeni legati alla dispersione scolastica, individuano nello sviluppo socio-economico un fattore determinante per il manifestarsi del fenomeno e nell'emarginare ed escludere gli studenti in funzione delle loro caratteristiche di classe sociale, di sesso o di territorialità. (Besozzi, 1993).

Le famiglie sono anche spazi dell'affettività e delle relazioni, espressioni di culture familiari e veicoli di un patrimonio culturale che sono decisivi nelle ricadute sulle capacità di apprendimento e sui modelli di socializzazione dei

bambini e dei ragazzi. Ambienti familiari ipostimolanti possono generare un ridotto sostegno nei riguardi dei minori e una minore sensibilità nei confronti degli apprendimenti e più in generale dell'investimento da attribuire alla scuola e al valore del successo formativo. Anche gli stili educativi familiari possono incidere negativamente se si traducono in forme autoritarie, permissive, iperprotettive, come anche in modelli genitoriali che non trovano tra loro coerenza ed alleanza educativa. I fattori familiari divengono fattori di disadattamento specifico rispetto all'apprendimento nel momento in cui si manifestano attraverso *“la latitanza del genitore come mediatore di cultura, estraneità e disinteresse dei genitori per la scuola, spesso derivanti da una percezione di inefficacia dello studio ai fini dell'inserimento lavorativo, o, di converso, eccessiva valorizzazione della scuola, da cui possono scaturire atteggiamenti ansiogeni o iperprotettivi (il rifiuto dell'insufficienza, la tendenza a negare le difficoltà del figlio, scaricando le responsabilità solo sull'insegnante.”* (Regoliosi, 1999, pp.238-239)

Per quanto concerne i **fattori di rischio riferiti all'area macrosociale** questi afferiscono complessivamente a fenomeni di deprivazione socioculturale ed economica. Il grado di sviluppo socio-economico delle aree interessate incide sulle possibilità di reddito familiare. Analogamente lo stesso condiziona in modo sostanziale la realtà territoriale in termini d'infrastrutture e servizi (sistemi di comunicazione, di trasporto e collegamento, servizi alla persona, sostegni individuali, familiari, collettivi, sostegni alla scuola e alle politiche educative, offerte culturali e aggregative, ecc.). Aree economicamente povere e con inadempienze territoriali possono favorire forme di svantaggio socioculturale e produrre spinte maggiori per una fuoriuscita anticipata dal sistema scolastico-formativo. Va detto inoltre che “Il contesto socio-culturale nel quale viviamo è segnato da processi di marginalizzazione che interessano non più, esclusivamente, categorie di soggetti appartenenti a circuiti di devianza, ma anche classi sociali medie, che pur portando con sé una tradizione di “normalità” fatta di lavoro, istruzione e valori sociali, sono divenute economicamente classi a cavallo tra integrazione e malessere, posizionandosi ai margini delle stratificazioni

sociali, con tutte le conseguenze che ciò comporta.” (Di Maio, Maiorana, 2008)

Condizioni di sottosviluppo o povertà e degrado territoriale (regionale o metropolitano) possono in modo combinato veicolare modelli valoriali fragili o compromessi che possono essere fonte di disagio socio-culturale, i cui effetti si riproducono sui processi di formazione dell'identità giovanile. Gli stessi sono sintetizzati da Regoliosi (1999, p.237) in: frammentazione dell'esperienza individuale (vissuti quotidiani molteplici e non integrati organicamente in un progetto di vita), eccedenza nella pluralità di codici e riferimenti culturali che generano nei ragazzi una serie indefinita di modelli possibili, ostacoli all'autonomia, destrutturazione spazio-temporale con conseguenze sui tradizionali modelli familiari, sulla significatività della scuola, sulla dimensione tempo in termini di memoria storica e di progettualità futura.

I fattori di rischio alla radice dei fenomeni del disagio e della dispersione scolastica che abbiamo fin qui delineato – individuali, pedagogico-scolastico, familiari, sociali economici e culturali- indicano la natura plurale e interdipendente degli stessi. La letteratura scientifica invita a trattare il fenomeno del disagio e della dispersione scolastica abbandonando un'ottica lineare di causa effetto per abbracciare un approccio globale, al fine cogliere in chiave multidimensionale collegamenti e correlazioni. In sintesi solo un **approccio sistemico** che metta in relazione fattori intra e inter individuali e fattori endogeni ed esogeni può assicurare una lettura completa di un fenomeno così complesso e articolato.

4.5 Dal disagio all'insuccesso scolastico in ragazzi con ADHD

Se i fenomeni legati al disagio e alla dispersione scolastica interessano l'intera popolazione scolarizzata, divengono un'area di particolare interesse ma anche di ulteriore criticità per i ragazzi con deficit di attenzione e di iperattività/impulsività. E' noto che gli alunni con diagnosi di ADHD presentano nel contesto scolastico delle problematiche date dalla disattenzione e dalla facile distraibilità, dall'impulsività/iperattività, come anche dalle scarse capacità di pianificazione e organizzazione del lavoro.

Ciò si riflette in lacunose prestazioni accademiche e più in generale in un ridotto rendimento scolastico, anche se le potenzialità e il patrimonio cognitivo individuali sono nella norma o superiori alla stessa. Inoltre le difficoltà di autocontrollo e inibizione comportamentale incidono fortemente sulle relazioni interpersonali e sul rapporto con i pari, alterando la sfera dei rapporti e condizionando pesantemente l'adattamento sociale. Tutto ciò si riflette conseguentemente in deficit motivazionali e implementazioni di bassa autostima. Questi elementi – nella loro complessità e interdipendenza- generano percorsi cortocircuitati in cui i ragazzi con ADHD sono maggiormente esposti alla possibilità di incorrere in fallimenti scolastici, che sul medio periodo si manifestano attraverso articolate forme di disagio scolastico, ma sul lungo periodo si possono anche concretizzare nella bocciatura, nelle sospensioni e nelle espulsioni, fino a toccare espressioni estreme di dispersione quali l'abbandono scolastico.

Le forti vulnerabilità dei ragazzi con ADHD, negli ambiti disciplinari/curricolari, nella sfera delle abilità prosociali e di regolazione emotiva, incidono pesantemente sul cursus e sul successo scolastico degli stessi ed investono profondamente la quotidianità di questi ragazzi e i loro contesti di vita familiare, extra familiare, scolastico.

La problematica non è marginale e la letteratura specialistica ha affrontato questo ambito capillarmente.

Barkley (1990, 1998) ha indicato che tra gli ADHD un'alta percentuale di studenti necessita di un programma di supporto(30-40%) , che molti studenti ripetono almeno un anno scolastico (30%) e che alcuni non riescono a completare la scuola superiore (10-35%).

Nelle linee guida del N.I.C.E., National Institute for Health and Clinical Excellence, si legge che i bambini con ADHD soffrono di insuccesso scolastico rispetto ai loro coetanei (Barbaresi et al, 2007;. Barkley et al, 1990; Frazier et al, 2007; Lahey et al, 1994; Marshall et al, 1999; Nussbaum et al., 1990; Zentall, 1993) e che tale “tendenza si estende ai bambini che sono gravemente disattenti, iperattivi e impulsivi in aula, anche se non hanno una diagnosi formale di ADHD (Barry et al, 2002;. Gaub & Carlson, 1997;

McGee *et al.*, 2002; Merrell & Tymms, 2001; Merrell & Tymms, 2005a)”
(NICE clinical guideline, 2009, 2013, p. 208)

L'importanza di interventi specifici che la scuola è tenuta responsabilmente ad attivare, centrati sui bisogni della persona e atti ad assicurare benessere e successo formativo degli utenti sono ribaditi nell'ambito della letteratura internazionale e nazionale. Le linee guida canadesi sull'ADHD del C.A.D.D.R.A., Canadian ADHD Resource Alliance, invitano specificatamente a realizzare i necessari adattamenti nel e del contesto scolastico: “Le TDAH devrait être défini comme un trouble développemental neuropsychiatrique et le patient devrait avoir accès à des accommodements, dont en milieu scolaire, selon les besoins identifiés. Le TDAH doit être protégé par le même type de législation disponible aux États-Unis par laquelle chaque enfant est admissible à une éducation qui répond à ses besoins. Actuellement dans certaines provinces canadiennes, le TDAH ne suffit pas par lui seul à qualifier un élève pour une désignation «d'enseignement individualisé». Ceci doit changer.” (CADDRA, 2014, p.VII)

CAPITOLO 5: autostima e sistema attributivo negli ADHD

La ricerca, che mira a indagare la relazione tra ragazzi con diagnosi di ADHD e successo scolastico, in questo capitolo si occuperà di focalizzare l'attenzione su due ambiti che hanno caratterizzato il lavoro di misurazione e valutazione dei profili dei bambini e dei ragazzi: l'autostima ed il sistema attributivo.

L'autostima è un aspetto importante nel funzionamento generale di un soggetto, incidendo sulla sua salute psicologica, il suo adattamento sociale e le sue performance accademiche. In ambito psicopedagogico sono molte le ricerche che si occupano d'individui il cui rendimento scolastico è inferiore alle loro concrete possibilità di riuscita ed alle abilità e competenze esibite. Tali manifestazioni di *underachievement*, di sotto-rendimento scolastico, interessano il 16% degli studenti (Avalle, 2009). Si tratta d'individui che manifestano scarsa stima nelle capacità scolastiche, basso concetto di sé, timore di fronte a possibili successi o fallimenti, valutazioni negative nei confronti della scuola e dei docenti. Va tenuta presente la differenza tra *underachievement situazionale*, ovvero con esiti scolastici temporaneamente ridotti rispetto alle attese e *underachievement cronico*, ossia con un rendimento basso e prolungato nel tempo (Avalle, 2009). In questo secondo caso è necessario intervenire al fine di incrementare una buona percezione di sé e innalzare i livelli di autostima e conseguentemente le riuscite accademiche. Tale prospettiva è da tenere in seria considerazione nel caso di soggetti con ADHD, poiché i frequenti e prolungati rimproveri, le punizioni e gli insuccessi, giocano un ruolo d'inibizione sulla fiducia in sé, sulla perseveranza nell'impegno e sulle performance scolastiche, esponendo più facilmente questi soggetti al possibile rischio di cronicizzare situazioni nate come temporanee ed instabili.

L'autostima, nel suo essere un costrutto complesso, è fortemente collegata allo stile attributivo di ciascuno, ossia al processo cognitivo che ognuno attiva per stabilire una causa agli eventi e interpretare i fatti che si verificano nei

vari contesti. L'attribuzione è un processo dinamico in cui l'interazione tra aspetti cognitivi, emotivi, motivazionali determina le modalità attraverso le quali una persona interpreta le cause di un evento che si produce in un definito ambiente (Kelly, 1967). Questo processo di determinazione causale incide fortemente nel modo in cui ognuno si attiva per leggere gli eventi e reagire alle situazioni, producendo influenze e conseguenze sulle prestazioni cognitive, sulle manifestazioni emotive, sulle aspettative e sulle performance accademiche e professionali. In particolare, conoscere e valutare il sistema attributivo degli studenti, significa poter incidere significativamente ed in termini migliorativi su motivazione, apprendimento e rendimento, divenendo così elemento strategico nel caso di alunni con deficit di attenzione e iperattività/impulsività.

5.1 L'autostima

Il concetto di sé è l'insieme di elementi a cui un soggetto fa riferimento per descrivere se stesso. Il concetto di autostima è invece la valutazione che viene effettuata a partire dalle informazioni ricevute dal concetto di sé, e che permettono a ogni singolo individuo di avere un'opinione e determinare una valutazione su se stesso. L'autostima si genera attraverso la combinazione di informazioni oggettive e di valutazioni soggettive operate dall'individuo sui dati esterni che gli vengono rimandati su se stesso.

L'autostima afferisce alla capacità di accettare il proprio modo di essere, il proprio temperamento e carattere, di manifestare soddisfazione rispetto a ciò che si è realizzato o si sta realizzando, di conoscere i propri punti di forza e assumere con consapevolezza i propri limiti e difetti accettandoli o impegnandosi a modificarli.

All'opposto la disistima si configura nel momento in cui un individuo non accetta il suo modo di essere e agire e vive l'insoddisfazione in vari ambiti, siano essi relazionali, affettivi, scolastici e di realizzazione personale.

L'autostima emerge ed agisce in ciascun essere umano, che l'esprime attraverso necessarie motivazioni legate all'immagine di sé, all'autopercezione, all'autorealizzazione di aspettative, aspirazioni e bisogni. Proprio tra i bisogni, la stima è stata collocata da Maslow (1957) nella sua

piramide gerarchica, che dai bisogni primari e fisiologici giunge a quelli più elevati e complessi, rappresentati dalla piena autorealizzazione del potenziale individuale. Se alla base della piramide si trovano i bisogni materiali, salendo si incontrano bisogni più immateriali legati alla sicurezza (fisica, di occupazione, familiare, sociale, ecc.) all'appartenenza (familiare, amicale, affettiva) e alla stima, ovvero a ciò che concerne l'autostima, l'approvazione, il riconoscimento.

Il concetto di sé unitamente a quello di autostima hanno una lunga e forte tradizione nell'ambito degli studi scientifici e delle elaborazioni teoriche. Operando una lettura secondo una prospettiva storica, già nel 1890 è possibile leggere una delle prime definizioni di autostima proposta da William James, secondo cui la stessa è da intendersi come: "Autostima = Successo/Aspettative". Questo approccio ha avuto il pregio di considerare l'autostima come un costrutto globale, ovvero una caratteristica psicologica unitaria. Parallelamente però ha esibito il limite di aver fortemente ed esclusivamente legato l'autostima personale al risultato dato dal confronto tra successi ed aspettative, relegando il paradigma in una dimensione strettamente intraindividuale. Questa interpretazione ha pertanto escluso la considerazione degli effetti e delle incidenze date dai fattori ambientali, siano essi fisici, culturali, educativi, familiari e sociali. Infatti, i diversi contesti e ambienti di vita condizionano –in termini migliorati o peggiorativi- i comportamenti, le azioni e le prestazioni di un soggetto, agendo conseguentemente nella costruzione dell'autostima personale.

Strettamente connessa alla definizione e interpretazione dell'autostima è stata la considerazione della sua origine, ovvero la necessità di comprendere se l'autostima si generi all'interno dell'individuo o se nasca dall'influsso di fattori esterni. Storicamente una delle prime risposte è stata fornita da Cooley (1902), il quale ha indicato che la considerazione di sé nasce dal modo in cui gli altri ci rimandano, specchiano e riflettono le nostre azioni e caratteristiche. Un rinvio negativo (indifferenza, disprezzo ...) da parte dell'altro ci porta ad assumere il punto di vista che ci è stato comunicato.

La controversia sul fatto che l'autostima sia un processo individuale o sia

piuttosto originata da un processo interattivo e relazionale ha ricevuto una considerevole attenzione nell'ambito della letteratura psicologica. Rogers & Dymond (1954) ancora molti anni fa hanno posto l'attenzione sulla differenza tra sé reale e sé ideale, facendo evolvere la formula di James in "Autostima = Risultati reali / aspettative ideali". La formazione dell'autostima nascerebbe quindi dalla relazione che si instaura tra Sé reale e Sé ideale. Il primo rimanda alla visione soggettiva di abilità, capacità, qualità che ciascun soggetto individua come presenti o assenti in se stesso, alla luce dei successi o raggiunti o mancati. Il Sé ideale invece è rappresentato dall'immagine della persona cui ogni individuo aspira ad essere. Il livello di autostima sarà determinato dal confronto e sarà tanto più basso quanto il Sé reale si distanzierà dal Sé ideale.

Il concetto di sé "generalizzato" è stato ripreso successivamente da altri autori, i cui modelli teorici hanno condotto alla strutturazione di scale di valutazione dell'autostima di natura prettamente unidimensionale, che secondo Bracken (1993, p.14) "si sono rivelate di scarsa utilità sia nel lavoro clinico sia nell'ambito della ricerca poiché sono costituite da una mescolanza di item troppo disparati e combinati in modi spesso sbilanciati e non adatti a fornire un punteggio globale dell'autostima." La questione che quindi si è aperta è stata quella di valutare se concetto di sé ed autostima dovessero essere letti secondo una prospettiva unidimensionale o multidimensionale. Il dibattito scientifico si è espresso attraverso studi e ricerche che si sono orientate prevalentemente verso una prospettiva multidimensionale (Harter, 1983; Piers, 1984; Marsh & Holmes, 1990), che in anni recenti è stata sempre più ampiamente accettata e considerata nella sua struttura gerarchica. Secondo questo modello l'autostima generale si trova all'apice, mentre le varie dimensioni interconnesse vengono ne costituiscono un sottolivello (Epstein, 1973; Shavelson et al. 1976). Gli ambiti indicati come fondamentali per un idoneo e sano sviluppo psicologico di un soggetto a partire dall'infanzia sono (Moè, 2014; Lawrence, 1996; Shirk & Harter, 1996):

- L'area delle relazioni interpersonali, che concerne le interazioni sociali che bambini e ragazzi instaurano con le altre persone nei diversi

ambienti di vita, ove l'autostima viene influenzata dal grado di positività del contatto, dalla reazione altrui, dal raggiungimento di obiettivi grazie a rapporti sociali riusciti.

- L'area di padronanza ambientale, che inerisce i successi o fallimenti che gli individui sperimentano nel tentativo di risolvere problemi, raggiungere gli scopi o determinare le situazioni nei contesti di azione. I successi sono vettori di autostima, mentre gli insuccessi compromettono una positiva percezione di sé e della propria stima.
- L'area dell'emotività, per la quale le reazioni emotive di bambini e adolescenti sono direttamente influenzate da rinforzi positivi o rifiuti posti in essere dal loro comportamento rispetto a situazioni attivanti.
- L'area scolastica, in cui l'autostima si alimenta o si riduce in funzione dei successi, delle esperienze, dei vissuti che si producono nel contesto scuola.
- L'area familiare, che interessa tutte le relazioni che l'individuo co-costruisce con le persone con cui condivide gran parte della giornata, persone che si prendono cura della sua persona, del suo sviluppo e della sua educazione, agendo sulla costruzione della sua autostima presente e futura.
- L'area del vissuto corporeo, in cui l'aspetto fisico ma anche prestazionale influenzano la percezione di sé, attraverso il proprio modo di vedersi e valutarsi e attraverso i ritorni che gli altri – dall'esterno- restituiscono sulla condizione corporea.

Alcuni autori hanno prediletto alcune solo alcune aree. Susan Harter (1983) per verificare l'autovalutazione che un bambino fa delle proprie competenze ha costruito la *Perceived Competence Scale*, appoggiandosi alla dimensione sociale, fisica e scolastica. Analogo è il caso di Pope, Mc Hale & Graighead (1992), che hanno considerato per la redazione del *Five-scale of Self-Esteem for Children*, quattro ambiti -e nello specifico le sottoscale dell'autostima scolastica, sociale, corporea e familiare- per misurare e ottenere il profilo dell'autostima di bambini e ragazzi.

Su questa matrice si colloca anche il modello gerarchico proposto da Bracken (1993), che diversamente dai casi precedenti, utilizza per il suo *TMA, Test Multidimensionale dell'Autostima*, tutte e sei le sottoscale. Per Bracken i livelli multidimensionali sono interdipendenti e –come mostrato nella figura 5.1- si sovrappongono in parte tra di loro, in parte rispetto al nucleo centrale che genera l'autostima globale. Ogni dimensione specifica riveste livelli differenti d'importanza in relazione a ciascun soggetto ma ognuna concorre in egual misura alla costruzione dell'autostima globale.

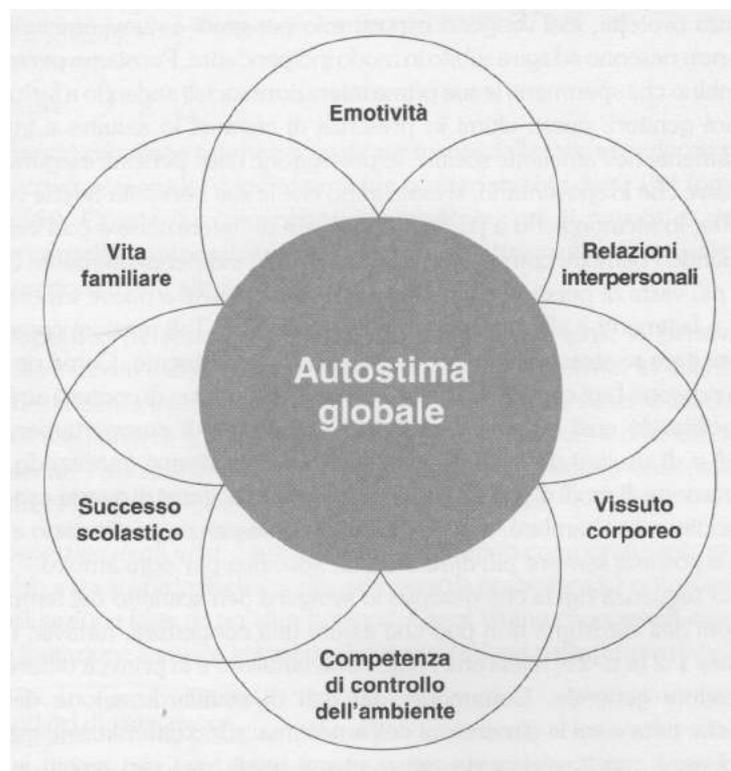


Fig. 5.1 Modello gerarchico multidimensionale dell'autostima (Bracken, 1993, p.21)

Il modello multidimensionale dell'autostima proposto da Bracken si basa su processi di valutazione messi in atto dal singolo nella continua interazione con il proprio ambiente, integrando quindi una prospettiva individuale e una esterna determinata dal giudizio degli altri.

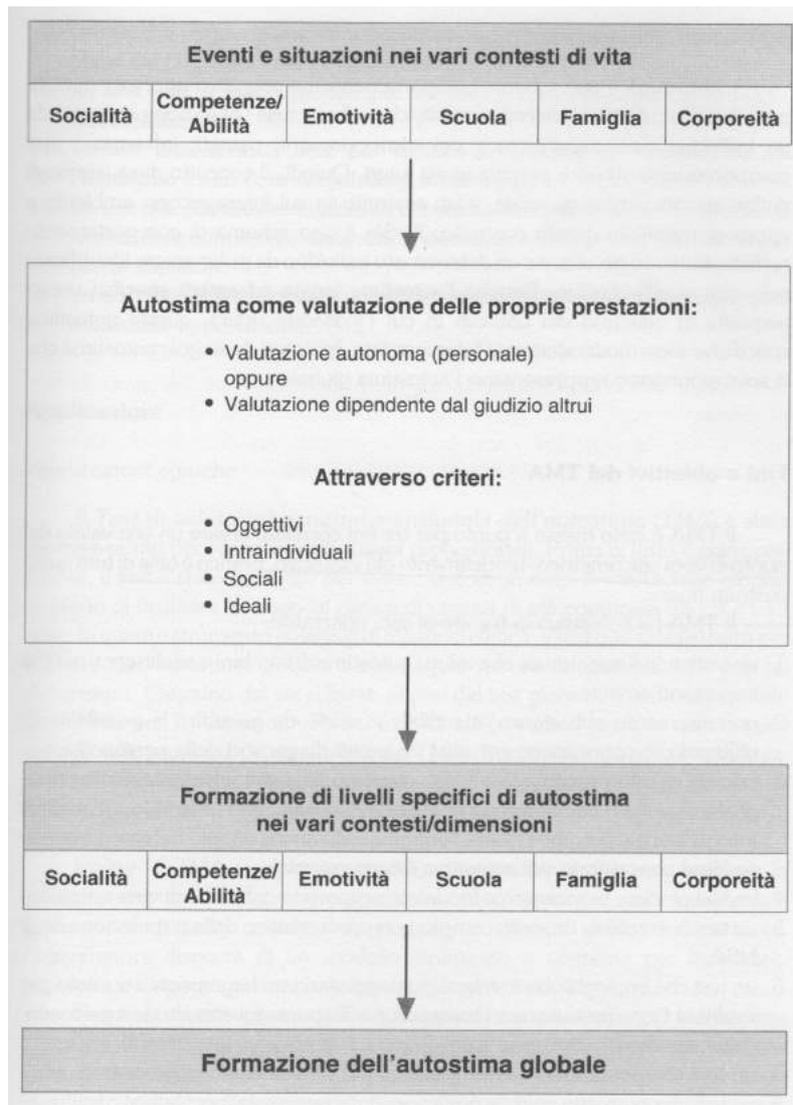


Fig. 5.2 Modello di acquisizione interattiva dell'autostima (Bracken, 1993, p.29)

L'autostima è così da leggersi come un costrutto complesso che al pari di altri (competenza, intelligenza) rappresenta secondo Bracken (1993) uno schema che ogni soggetto impara nell'interazione che man mano conduce con e su ambienti diversi. Nello specifico "L'autostima è uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito ai differenti contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati, influenza i suoi comportamenti attuali e ne predice quelli futuri. Quindi, il concetto di sé, sia negli ambiti specifici, sia in generale, è un costrutto in cui interagisco ambiente e

comportamenti. In questo costrutto il “Sé” è uno schema di comportamento sufficientemente peculiare a un determinato individuo da poter essere identificato solo con quell’individuo. Benché l’autostima legata ad ambiti specifici venga acquisita in ciascuno dei contesti in cui l’individuo opera, queste autostime specifiche sono moderatamente intercorrelate. In sintesi, le singole autostime che si sovrappongono rappresentano l’autostima globale”. (Bracken, 1993, p.30)

Appare quindi con evidenza come l’autostima è interessata e interessa tre differenti aree: quella cognitiva, quella emotiva e quella comportamentale. La prima riguarda le opinioni che ciascun individuo ha di se stesso e che derivano dalla sua percezione e dai suoi vissuti corporei, dalla vita affettiva e relazionale, dalla sua dimensione accademica e professionale, dalla sua autorealizzazione. La seconda concerne le reazioni emotive, quali affetto, ostilità, indifferenza, ecc., che si diversificano in funzione di come i comportamenti precedenti di un individuo siano stati rinforzati o puniti e che variano in relazione alle valutazioni personali e sociali rispetto al comportamento tenuto. Infine l’autostima attiene all’area comportamentale, ovvero a tutte le manifestazioni ed azioni attraverso cui una persona manifesta rispetto per se stesso, cura personale e ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni. Campbell e Lavalley (1993) hanno dimostrato come l’autostima influisca su cognizione, emozioni, comportamento e anche motivazione.

L'autostima comincia a formarsi sin dall’infanzia e si struttura durante l’arco della vita. È importante sottolineare che “il sentimento di autostima non è innato: lo si impara in famiglia, nella scuola, nella società in genere. Dipende dai messaggi che un bambino riceve, se egli si sente accettato e prezioso” (Satir, 1972). La concezione di sé acquisita tra il primo e il secondo anno di vita, nel momento in cui il bambino inizia a separare se stesso e le sue azioni da altri oggetti dell’ambiente fisico e sociale, è ancora fortemente vincolata a caratteristiche molto concrete, qualità fisiche o elementi posseduti. La descrizione e valutazione di sé fatta in modo assoluto e di alternative radicali con il tempo si modifica ed anche il concetto di sé si trasforma passando da

idee sul Sé corporeo a quelle sul Sé interiore o morale (Epstein, 1973; Harter, 1983; Rosenberg, 1979). Un'autostima sana ed una positiva autovalutazione trovano le radici nell'infanzia e gettano le basi della percezione che un soggetto avrà di sé nel corso della vita. Con il processo di crescita e di sviluppo evolutivo i bambini passano da concezioni del Sé concrete a concezioni del Sé astratte e differenziate, iniziano a descrivere se stessi includendo elementi di personalità, accogliendo le opinioni di coloro che li circondano, operando confronti tra se e stessi e gli altri e comprendendo punti di vista altrui. Con l'adolescenza si inaugura un periodo cruciale nello sviluppo del concetto di Sé: il pensiero astratto ed ipotetico e le capacità introspettive si coniugano con un pensiero che riflette su sé e su come siamo visti dagli altri (Flavell, 1985). Avere una buona autostima risulta essere il fattore centrale di un buon adattamento socio-emozionale.

L'autostima non afferisce solo al benessere mentale e personale di un individuo ma influenza tutti i contesti di vita, mostrandosi strettamente associata ai successi scolastici (Pope et al., 1992). Bloom ha affermato che "a fini pratici, il concetto di sé scolastico è la più valida tra le misure psicologiche nel predire il successo scolastico, poiché incide per il 25% sulla variazione nel rendimento scolastico dopo il periodo della scuola elementare (Bloom, 1976, p. 95). Numerosi autori hanno rilevato una correlazione tra autostima e successo scolastico, correlazione ancor più evidente se si esaminano specificatamente le valutazioni che i bambini danno di se stessi come studenti e quindi della loro autostima scolastica (Pope et al., 1992). Alla luce di ciò non si può affermare che una buona autostima generi buone valutazioni scolastiche o il contrario, ma certamente si può sostenere che ci sia un principio di reciproca causalità tra positiva percezione di sé e riuscita nelle performance. Maggiore è la considerazione e valutazione che si ha di se stessi, maggiori saranno i risultati positivi, come analogamente il raggiungimento di un buon voto produrrà una ricaduta positiva innalzando il livello di autostima personale. Inversamente, una bassa o cattiva opinione di sé porteranno a impattare sulla realizzazione dei task scolastici, incidendo fortemente sull'efficacia della performance, talvolta sino a contraddire le reali

capacità del soggetto. Come sostiene Braken (1993, p.28): “Benché *l'autostima scolastica* non coincida con *la capacità scolastica*, essa viene comunque sviluppata attraverso i propri successi e fallimenti negli ambienti e nelle attività scolastiche. Viene manifestata con affermazioni e giudizi ed è altamente predittiva della performance scolastica futura. Allo stesso modo in cui le concrete abilità scolastiche sono un'indicazione di ciò che una persona *può fare* in ambito scolastico, l'autostima scolastica è una valutazione personale di *come* uno studente vede e vive la sua riuscita in ambito scolastico, e conduce anche a una produzione di *come è verosimile che riesca* a scuola in futuro.”

5.2 Autostima e ADHD

Già parlando delle caratteristiche generali ascrivibili al deficit di attenzione e iperattività/impulsività (cfr. § 1.2) abbiamo evidenziato come tale disturbo coinvolga e comprometta numerose tappe dello sviluppo, esprimendosi con sintomi che interferiscono fortemente sul funzionamento familiare, relazionale e scolastico dei soggetti. Analogamente in bambini e ragazzi con ADHD si riscontrano conseguenze nell'area emozionale e specificatamente nelle decise riduzioni dei livelli di positiva percezione di sé, anche a causa dei frequenti insuccessi personali, rimproveri per comportamenti inadeguati, disfunzionalità relazionali. La sfera di emozioni legate a tonalità negativa si manifesta attraverso vissuti di inadeguatezza, comparsa di stati d'ansia e abbassamento dell'umore, carenti abilità sociali nonché debole autostima. Il concetto di sé e l'autostima agiscono nell'autocomprensione di capacità e limiti riferiti ad abilità fisiche, sociali e scolastiche, come anche nell'autovalutazione temperamentale e cognitiva. Una bassa autostima per gli ADHD si traduce in una serie di rischi collegati che possono andare dal frequente peggioramento delle prestazioni scolastiche, a una cronicizzazione di toni umorali negativi, fino all'assunzione di condotte a rischio e a frequentazioni amicali devianti. Non da ultimo va considerato che una bassa autostima in bambini e in adolescenti diagnosticati alimenta pensieri negativi e convinzioni autodistruttive. Da ciò sorge la necessità di assumere l'autostima come un costrutto su cui agire per promuovere nei ragazzi con

disturbo, pratiche e interventi mirati che possano innalzare i livelli di una positiva percezione e valutazione del sé e circoscrivere -se non annullare- i fattori di rischio collegati. Potenziare la fiducia in se stessi ed elevare il senso del valore personale trova significato sia in ambito clinico e terapeutico, sia in contesto scolastico, sia nell'ambito familiare. Un'azione sinergica e integrata tra le varie aree potrà assicurare al soggetto una migliore consapevolezza emotiva ed un miglioramento dell'autostima, che porteranno a una riduzione del senso di inadeguatezza dato dai numerosi insuccessi accumulati soprattutto in ambito scolastico e a una diminuzione delle disfunzionalità relazionali con i pari e gli adulti.

In letteratura sono presenti diversi studi che hanno valutato la relazione tra autostima e disturbi psichiatrici e tra questi ne troviamo alcuni che hanno indagato specificatamente il rapporto tra autostima e ADHD. Studi trasversali hanno dimostrato la correlazione tra ADHD e bassa autostima (Ek U. et al. 2008; Barber S. et al, 2005; Sawyer MG. et al. 2002; Treuting J.J. et al. 2001).

Ricerche longitudinali hanno dimostrato che i bambini e ragazzi con disturbo da deficit di attenzione e iperattività/impulsività presentano un'autostima più bassa rispetto ai controlli (Edbom T. et al. 2006; Slomkowski C. et al. 1995; Hechtman L. et al. 1980).

Queste evidenze trovano significativa conferma anche nelle ricerche condotte negli ultimi anni. Nella recente review di Harpin et al. (2016), lo studio è stato dedicato a confrontare sul lungo periodo l'autostima e le funzioni sociali espresse da soggetti con ADHD trattati e non trattati farmacologicamente, in infanzia, adolescenza ed età adulta. La ricerca sistematica di 12 banche dati su articoli pubblicati dal 1980 al 2011, ha permesso di individuare 127 studi e analizzare 150 esiti. Per quanto sia indicata la necessità di ricerche supplementari, le evidenze emerse mostrano che i soggetti con ADHD hanno un'autostima ridotta rispetto ai non ADHD e che l'autostima dei ragazzi diagnosticati è associata ad un miglioramento nei risultati in caso di trattamento (farmacologico, non farmacologico, multimodale).

Nello studio condotto da Blachno et al. (2013), è stato confrontato il livello di autostima dei ragazzi con ADHD rispetto a un gruppo di controllo. I risultati hanno presentato una differenza significativa tra i due campioni. I ragazzi con disturbo hanno mostrato un'autostima più bassa rispetto ai coetanei, manifestando valori inferiori in relazione all'autostima globale e alle sottodimensioni che si riferiscono all'accettazione sociale e alle prestazioni scolastiche.

Anche in ambito nazionale ci sono evidenze a sostegno di queste letture. Nel recente studio di Di Pietro & Ceccarelli (2016) è stata misurata e valutata l'autostima di bambini e ragazzi con ADHD nel confronto con un campione di controllo, utilizzando l'adattamento italiano del *Five-scale of Self-Esteem for Children*. I risultati hanno confermato una differenza significativa del livello di autostima dei soggetti con ADHD, che mostrano punteggi di autostima significativamente inferiori in tutte le scale (nella scala corporea un calo meno consistente). Le evidenze indicano e confermano che la presenza del disturbo incide negativamente in tutti gli ambiti di vita dei soggetti e suggeriscono e raccomandano l'importanza di un lavoro congiunto tra clinici, famiglia e insegnanti per promuovere il benessere emotivo dei soggetti con ADHD favorendo processi di acquisizione di una migliore autostima.

Nella ricerca condotta da Mazzone L. et al. (2013) che ha valutato l'autostima in bambini ed adolescenti con ADHD utilizzando il test TMA, è emerso che i soggetti diagnosticati presentano tassi negativi più elevati rispetto ai coetanei sani. Inoltre tra i pazienti affetti da ADHD e trattati farmacologicamente, quelli sottoposti a metilfenidato hanno espresso livelli di autostima migliori di coloro che sono stati trattati con atomoxetina.

Anche nello studio condotto da Vulcani M. (2012) utilizzando sempre lo strumento psicometrico TMA, l'autostima globale dei bambini e ragazzi con ADHD si è dimostrata significativamente inferiore a quella dei controlli. "La bassa autostima dei ragazzi con Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività rilevata dalla ricerca può essere indice di un senso d'inadeguatezza, associato alla percezione di non gestibilità delle situazioni e di svalorizzazione delle proprie capacità. Lo stile disadattivo che ne risulta si

ripercuote soprattutto a livello di performance scolastica.” (Vulcani M., 2012, p. 155)

Per quanto concerne elementi esterni al soggetto che intervengono a supportare o compromettere l'autostima degli ADHD, appare interessante lo studio condotto da Oh et al. (2011) che ha indagato l'importanza della genitorialità e di altri fattori associati per l'autostima e la competenza sociali di bambini con ADHD. Il campione clinico, ha mostrato che livelli di affettività più elevati delle madri si associano a una migliore autostima dei bambini, viceversa livelli più elevati nel rifiuto dell'atteggiamento genitoriale manifestato dalle madri, conducono a competenze sociali più basse nei bambini con disturbo di deficit di attenzione e iperattività. Ciò porta a considerare la rilevanza, anche nella pratica clinica, dell'atteggiamento genitoriale come fattore che contribuisce al sano sviluppo socio-emotivo dei bambini con ADHD. Inoltre –secondo gli autori- mostra la necessità per gli operatori sanitari di sviluppare e applicare programmi di miglioramento delle competenze genitoriali atte a moltiplicare atteggiamenti positivi che andranno a produrre benefici sui livelli di autostima e di competenza sociale nei bambini con disturbo.

5.3 Il sistema attributivo

Profondamente legata e interconnessa al costrutto dell'autostima è la teoria dell'attribuzione, o meglio tutto il filone di studi sulla fenomenologia del comportamento che si occupa di individuare e interpretare l'analisi delle cause di eventi che costellano la vita di un individuo. Il “sistema attributivo” è da intendersi come l'insieme di credenze e idee mediante le quali ciascun soggetto interpreta gli episodi di successo e insuccesso che avvengono nella propria vita (Heider, 1958).

Il vasto corpo di concettualizzazioni e contributi scientifici dedicati a questa tematica si presenta in letteratura con apporti disparati ed in evoluzione. Di seguito verrà sinteticamente presentato un breve e mirato **excursus storico** al fine di permettere l'inquadramento degli studi di settore.

Lo psicologo sociale Heider in *Psicologia delle relazioni interpersonali* (1958) ha gettato le basi della teoria dell'attribuzione, indicando con “attribuzione

causale” il processo psicologico attraverso cui -in contesti di vita quotidiana- un soggetto giunge a ritenere una particolare situazione o evento, conseguenza di particolari cause. Se le cause sono ascrivibili a se stessi si afferisce alle auto-attribuzioni, se le cause sono riconducibili ad altri o a elementi esterni si parla di etero-attribuzioni. Il processo attributivo, che per Heider emerge dal bisogno di comprendere il mondo e le sue regole, si appoggia sulla “psicologia del senso comune” che guida il comportamento “ingenuo” dell’uomo verso gli altri e verso le cose. Si tratta in sintesi di una modalità attraverso la quale trova risposta “il bisogno dell’uomo comune e la generale tendenza di definire una situazione percepita mediante appropriate assegnazioni di cause ed effetti” (Gulotta, 1982, p. 10). “La psicologia ingenua, analogamente a quella scientifica e alla scienza in generale, avrebbe per Heider la funzione precipua di scoprire e confermare la regolarità e le invarianti che connettono i diversi aspetti del mondo al fine di giungere a una mappa, ad una rappresentazione di esso strutturata e significativa, atta a consentire di interpretare, prevedere e controllare meglio gli eventi” (De Grada & Mannetti, 1992, p.12). Per Heider il risultato di una condotta dipende da due ordini di elementi: i fattori personali (l’abilità e la capacità di tentare) e i fattori ambientali. In questa distinzione si legge il debito nei confronti di Lewin (1935) e di Murray (1938), il quale analizza la personalità in termini di gioco reciproco tra *needs* personali e *presses* ambientali.

FATTORI PERSONALI	Capacità	Difficoltà ambientali
		Potenza o abilità di un soggetto
	Tentativo	Intenzione
		Sforzo
FATTORI AMBIENTALI	Difficoltà ambientali	-----
	Fattori variabili	Occasione
		Fortuna

Tabella 5.3 I fattori più influenti di un’azione secondo l’analisi “ingenua” di Heider
(in Gulotta, 1982, p.13)

Tra i primi tentativi sistematici di dare una veste operativa alla tesi di Heider va annoverato il contributo di Jones & Davis (1965), i quali hanno identificato

il processo inferenziale che dal dato osservato porta al dato attribuito. La teoria e il modello attributivo proposto dagli autori si basa sull'assunto che le persone, rispetto alle cose, rappresentano oggetti privilegiati degli interessi attributivi, essendo in primis soggetti capaci di intenzioni e del potere di concretizzarle attraverso azioni mirate e finalizzate a uno scopo. Secondo Jones e Davis il processo attributivo si traduce nella possibilità di risalire al comportamento osservabile e dai suoi effetti alle eventuali intenzioni dell'autore e da queste alle sottese e non occasionali disposizioni personali. In altre parole il *modello delle inferenze corrispondenti* di Jones e Davis, rilevando le azioni di un soggetto e gli effetti prodotti, permette all'osservatore di dedurre da un'azione, specifici tratti di personalità, ovvero di disposizioni, di colui che agisce. Essendo considerate le caratteristiche di personalità stabili e durature, conoscere le disposizioni di un soggetto genera l'impressione di poterne prevedere il comportamento. Il modello dell'inferenza corrispondente non ha avuto un'influenza rilevante nelle successive teorizzazioni del processo di attribuzione, poiché probabilmente non semplice, non facilmente matematizzabile ed in assenza di carattere rigidamente prescrittivo e rigidamente empirico a causa di numerosi possibili fattori di distorsione non definibili in termini sistematici ed astratti (De Grada & Mannetti, 1992).

Successiva e debitrice della distinzione già elaborata da Heider tra la percezione delle cause interne di comportamento e quelle esterne, è la teoria di Kelley (1967), secondo cui l'attribuzione causale viene compiuta considerando la presenza o assenza di un numero limitato di variabili. Rifacendosi alla procedura statistica dell'analisi della varianza (ANOVA) introdurrà il suo personale modello ANOVA. Secondo tale teoria, i processi attraverso cui una persona interpreta gli eventi in chiave causale sono determinati da caratteristiche disposizionali, relativamente stabili, dell'ambiente. In tal modo l'individuo cerca di comprendere il contesto in termini di relazione causa-effetto ed in tale processo attribuzionale agiscono 3 variabili:

- le persone o attori le cui azioni sono o possono venire osservate,

- le entità stimolo che contraddistinguono l'azione osservata,
- i tempi e le modalità di interazione delle persone con le entità stimolo, ossia i contesti interazionali.

La relazione tra queste variabili è stata tradotta graficamente in quello che è, oramai noto come il “cubo di Kelley”, uno schema di analisi di varianza fattoriale ove persone, entità, tempi e modalità operano come fonti di variazione, mentre i loci attributivi si pongono come effetti dell'azione di esse.

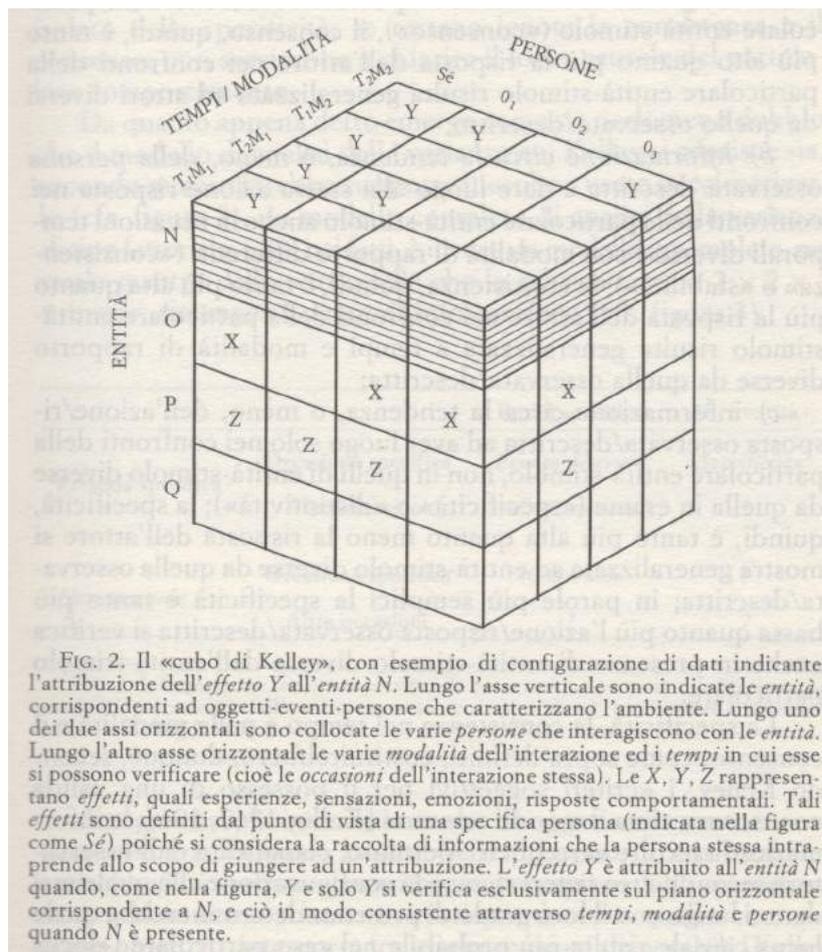


Fig. 5.4 Il cubo di Kelley (in De Grada & Mannetti, 1992, p.45)

Le informazioni indispensabili per procedere a stabilire la covarianza e quindi giungere all'attribuzione causale, sono riconducibili a tre categorie

1. il *consenso*, ossia la tendenza o meno di altre persone a replicare la stessa azione/risposta di fronte all'entità –stimolo;

2. la *consistenza* o *stabilità*, cioè la propensione della persona osservata/descritta a reiterare la stessa azione/risposta anche in occasioni temporali diverse e con modalità di rapporto differenti;
3. la *specificità* o *distintività*, ovvero la tendenza o meno dell'azione/risposta osservata o descritta ad aver luogo solo nei confronti di quella specifica e mirata entità-stimolo osservata e non in altre situazioni.

Consenso, consistenza e specificità sono per Kelley da intendersi come “criteri soggettivi” che assumono significato solo se visti nell'insieme e nelle reciproche relazioni. Le informazioni raccolte e classificate attraverso queste tre criteri permettono di stabilire il locus causale che potrà essere: di tipo esterno se riconducibile allo stimolo o alle circostanze, di tipo interno se riferito alla persona-attore, di tipo interattivo se espone l'attore allo stimolo o l'attore alle circostanze. Uno dei limiti ascrivibili al modello di Kelley è quello relativo all'impossibilità di distinguere, nell'ambito delle attribuzioni interne, fra più dimensioni (De Beni e Moè, 2000). E' invece sostanziale poter riconoscere e differenziare tra tratti tendenzialmente stabili di una persona (Abilità, expertise, costanza) e componenti variabili (impegno).

In tal senso una lettura e prospettiva più completa è stata offerta da Weiner, Frieze e collaboratori (1971), che –per una migliore classificazione delle attribuzione- da un lato hanno accolto la dimensione del *locus of control* individuato originariamente da Heider (1958) e poi ripreso da Rotter (1966), e dall'altro hanno introdotto la dimensione della stabilità. Grazie a ciò è stato possibile distinguere tra *cause stabili* nel tempo e nelle situazioni e *cause instabili* e variabili in funzione dei contesti. Queste dimensioni permettono di ottenere informazioni sulla previsione di eventi futuri, con un grado pronostico maggiore nel caso di cause stabili nel tempo (abilità, difficoltà) e minori nel caso di cause instabili (impegno, fortuna). Un ulteriore sviluppo ed ampliamento è venuto da Weiner nel 1979 grazie all'introduzione di una nuova classificazione: la *controllabilità*, secondo la quale è possibile distinguere cause più o meno controllabili dal soggetto.

La tipologia di attribuzioni individuate da Weiner e collaboratori (1985) nasce pertanto dall'incrocio tra: locus of control, stabilità e controllabilità; a loro volta le 3 dimensioni danno origine alle 8 possibili attribuzioni come mostrato nella tabella sottostante.

Caratteristiche dell'attribuzione			Attribuzione
Locus of control	Stabilità	Controllabilità	
Interno	stabile	controllabile	Tenacia
		incontrollabile	Abilità
	instabile	controllabile	Impegno
		incontrollabile	Tono dell'umore
Esterno	stabile	controllabile	Pregiudizio
		incontrollabile	Facilità del compito
	instabile	controllabile	Aiuto
		incontrollabile	fortuna

Tabella 5.5 Tipologia di attribuzioni secondo Weiner 1985

La classificazione di Weiner presenta rispetto alle teorie precedenti il vantaggio di definire le principali attribuzioni secondo etichette facilmente leggibili ed interpretabili. Tuttavia "Un importante limite di questo approccio è però dato dal fatto che non tutti gli individui assegnano alla stessa etichetta lo stesso significato o comunque i significato attribuito dalla teoria. (...) Così l'abilità po' essere intesa da qualcuno come un tratto stabile e non modificabile e da altri come un aspetto variabile, a seconda delle situazioni, o modificabile nel tempo, per effetto della maturazione e di successivi apprendimenti." (De Beni & Moè, 2000, p.94)

Le attribuzioni fin qui illustrate rivestono un ruolo strategico in termini di funzioni ed effetti.

La tipologia attributiva per quanto concerne le **funzioni** agisce su controllo, autostima e autorappresentazione (Forsyth, 1980; Tetlock & Levi, 1982).

Il controllo fa riferimento alla capacità di predire e anticipare le situazioni future in ragione delle spiegazioni (attribuzioni) date agli eventi del passato.

L'individuo che addebita alla responsabilità personale gli accadimenti anche negativi, ritiene di poter controllare gli eventi e di allontanare quelli sfavorevoli o tragici. Tale percezione, per quanto illusoria, permette di innalzare i livelli di fiducia in sé e le abilità di controllo di fronte alle circostanze e alle difficoltà proposte dal quotidiano (Lefcourt, 1973, in De Beni & Moè, 1995).

Il sistema attributivo gioca un ruolo funzionale anche in relazione all'autostima. Comunemente le persone tendono ad attribuire a sé le riuscite e ad eventi esterni le cause di fallimento. Questo processo naturale è finalizzato a costruire e mantenere una positiva autostima, che a sua volta si correla al senso di autoefficacia, entrambi strategici per l'equilibrio emotivo e la stabilità in genere. La discrepanza che si manifesta tra attribuzioni dell'attore e quelle dell'osservatore dà luogo al cosiddetto errore fondamentale di attribuzione o *bias edonico*, per il quale i successi personali sono addebitati a cause interne, mentre i successi altrui sono assegnati a una origine causale esterna.

Infine, tra le funzioni ascrivibili alle attribuzioni, si trova l'autorappresentazione, ovvero la possibilità di controllo che ciascun individuo esercita sul modo di vedere che gli altri hanno di sé. Ogni soggetto è infatti guidato dal bisogno di approvazione altrui, approvazione che è data dalla comunicazione dell'immagine di sé costruita sulla base delle proprie attribuzioni di successo/insuccesso (Baumeister, 1982).

Passando ora a considerare gli **effetti** delle attribuzioni, le influenze si manifestano in merito a: aspettative, persistenza, scelta del compito, emozioni e prestazioni cognitive.

Le aspettative sono definite dalla percezione delle abilità e dell'impegno personale che si è disposti a mettere in campo in funzione di un compito assegnato, nonché dal senso di controllo della situazione e dai precedenti vissuti esperienziali (De Beni & Moè, 1995). In questo ambito risulta centrale non tanto il locus of control quanto la stabilità delle attribuzioni, per cui addebitare la riuscita alle proprie abilità/inabilità o alla facilità/difficoltà del

compito, conduce ad attendere –in caso di epilogo positivo- un ulteriore successo, e nel caso di un evento sfavorevole un ennesimo insuccesso.

La persistenza interessa colui che assegna la riuscita all'impegno, manifestando tenacia e perseveranza nella soluzione di compiti difficili. E' maggiore in soggetti con attribuzione di tipo instabile (impegno) e si riduce in caso di attribuzioni stabili (abilità). In quest'ultimo caso non è da escludere lo scivolamento verso fenomeni d'impotenza appresa, *helplessness*, che conducono la persona sottoposta a reiterati fallimenti a credere di non riuscire in situazioni simili in quelle in cui ha fallito e conseguentemente a sviluppare forme rinunciatarie e di abbandono di fronte al compito (Seligman, 1975; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; in De Beni & Moè, 1995).

La scelta del compito è strettamente connessa al senso di abilità percepita. Normalmente la tendenza è quella di prediligere compiti vicini ai propri livelli di competenza, al fine di poter ottenere una riuscita ed evitare il fallimento. Compiti troppo facili offrono poca soddisfazione e compiti troppo complessi espongono al rischio d'insuccesso.

Gli effetti delle attribuzioni si manifestano anche sulle emozioni. Questo ambito, ampiamente studiato da Weiner (1985), mostra come il locus attributivo media le emozioni. La stabilità influisce direttamente poiché influenza le aspettative e conseguentemente il senso positivo di riuscita e di padronanza rispetto alle situazioni o, viceversa, la percezione di disfatta e di impotenza appresa. Se prevale un locus attributivo interno e quindi l'ascrivibilità a sé, nel caso di successo si alimenta una positiva autostima ed un'accertata autoefficacia, nel caso di insuccesso si generano sentimenti di depressione, senso di colpa e abbassamento dei livelli di autostima. Se le attribuzioni dei fallimenti vengono assegnate a mancanza di abilità (causa interna, stabile e incontrollabile) si producono apatia, rassegnazione e depressione. Il senso di rabbia si mostra nel caso di un mancato raggiungimento di un obiettivo, a causa di un ostacolo di natura arbitraria e quindi di un'attribuzione esterna. Il senso di colpa e vergogna si manifestano nel momento in cui un soggetto sente di essere responsabile di quanto accaduto ed entrambi sono correlati alla credenza di controllabilità. Il senso

di colpa è diretto verso se stessi e porta ad “andare oltre”, il senso di vergogna si esprime nei confronti degli altri e porta ad “andare via, quello di rabbia ad “andare contro” (De Beni & Moè, 1995).

Vanno infine annoverati tra gli effetti delle attribuzioni quelli che interessano le prestazioni cognitive. La relazione tra questi due ambiti è stata oggetto di numerosi studi tra cui ricordiamo quelli di Moè & De Beni (2002), De Beni & Mazzoni (1991), Borkowski & Muthukrishna (1994). Il soggetto che punta sull'impegno (causa interna, instabile e controllabile) è portato a migliorare le sue prestazioni e a raggiungere condizioni di successo. Ciò alimenta il senso di controllo e di padronanza delle situazioni che a loro volta conducono ad un rafforzamento dell'impegno e conseguentemente di un'attribuzione interna. Si tratta pertanto di circolo virtuoso che implementa un locus of control internamente orientato, che non si destabilizza in caso d'insuccesso, poiché il soggetto sarà ulteriormente spinto a insistere e perseverare per risolvere compiti sempre più complessi e raggiungere i propri obiettivi (Andrews & Debus, 1978; in Moè, 2010). Contrariamente l'individuo che di fronte a compiti cognitivi vive un insuccesso ed attribuisce la causa di ciò a elementi esterni, non sarà portato ad affrontare compiti ad elevate richieste cognitive, né a sforzarsi e a perseverare, con conseguenze negative –nel caso di uno studente- in termini di successo scolastico.

La relazione tra tipologia di attribuzione e prestazioni in compiti cognitivi è stata oggetto anche del contributo di Skinner, Welborn & Connel (1990), i quali hanno mostrato come l'individuo con elevata attribuzione data all'impegno manifesta maggiore motivazione al successo, alta persistenza di fronte alle difficoltà e migliori prestazioni. L'impegno –in quanto causa controllabile e modificabile- è strettamente connesso all'innalzamento motivazionale e prestazionale. Viceversa, chi invece esplicita un'attribuzione causale orientata ad addebitare a cause esterne la riuscita o il fallimento, troverà meno ragioni per sforzarsi in compiti ad elevato carico cognitivo e si indirizzerà verso incombenze semplici a bassa rischio d'insuccesso.

Funzioni ed effetti delle attribuzioni fin qui delineati permettono di comprendere la grande ed incisiva portata che il sistema causale riveste in

termini di apprendimento e di realtà scolastica. In tal senso risultano particolarmente significati gli studi condotti da De Beni & Moè (1995, 2000) e Moè (2004), che hanno permesso di individuare 5 **stili attributivi** intesi come “modalità di risposta ai successi e insuccessi che tendono a stabilizzarsi nel tempo tanto da diventare modalità preferenziali di interpretare gli eventi ed in particolare di spiegare i propri risultati” (Moè, 2010). Nella realtà, ed in particolare in quella scolastica, si presentano alcuni stili o gruppi di stili attributivi particolarmente frequenti e rilevanti, poiché presentano stretti legami con l’approccio strategico allo studio e conseguentemente con il successo o insuccesso accademico. Di seguito viene riportata la tabella che illustra gli stili prioritari, che si distinguono per riconoscere come causa dei successi/insuccessi l’impegno, l’abilità o cause esterne quali fortuna, aiuto e caratteristiche del compito. I segni + e – indicano rispettivamente una buona o alta attribuzione a quella causa oppure un’media o bassa attribuzione. Per semplicità descrittiva nello schema sotto riprodotto è indicata come alta solo una delle tre attribuzioni, rispettivamente nelle colonne di successo e in quelle d’insuccesso.

Stile	Successo			Insuccesso		
	Impegno	Abilità	Att. esterne	Impegno	Abilità	Att. esterne
Strategico	+	-	-	+	-	-
Depresso	-	-	+	-	+	-
Negatore	-	+	-	-	-	+
Pedina	-	-	+	-	-	+
Abile	-	-	-	-	+	-

Tabella 5.6 Prospetto riassuntivo degli stili attributivi, De Beni & Moè, 2000, p.220

Il primo stile definito come strategico è quello che appartiene al soggetto che attribuisce il successo all’impegno profuso e l’insuccesso ad un mancato o lacunoso impegno. Chi possiede questo profilo vive positivamente anche le situazioni di sconfitta poiché le stesse vengono lette come indici della necessità di fare meglio e di più per ottenere migliori risultati in futuro.

Delinea sostanzialmente il profilo ideale di uno studente capace che riconosce l'impegno come vettore per la riuscita scolastica, ha un buon concetto di sé e si pone principalmente obiettivi di padronanza piuttosto che di prestazione (Ames, 1992). Secondo la teorizzazione di Borkowski & Muthukrishna (1994) è il buon utilizzatore di strategie, il *GSU*, *Good Strategy User*, colui che sa trarre profitto da esperienze di successo come da quelle di insuccesso. Nel primo caso sa che la riuscita è determinata dall'attivazione di una selezione, un'applicazione, un utilizzo ed una valutazione personale di strategie che conosce. Nel secondo individua come causa del fallimento una cattiva scelta e impiego delle strategie, cosa che lo dirige verso una futura implementazione dell'impegno, ovvero del fattore personale, controllabile e instabile più importante nella determinazione della riuscita personale e accademica.

Il secondo stile è quello definito come depresso e si caratterizza per l'eccessivo riconoscimento dato alla mancanza di abilità in caso di insuccesso e per l'attribuzione a cause esterne e indipendenti da sé in caso di successo. Caratterizza frequentemente i soggetti e gli studenti esposti a ripetuti fallimenti e che hanno imparato di non poter apprendere (impotenza appresa) e manifestano sfiducia e demotivazione di fronte ai compiti cognitivi. Componenti motivazionali frequentemente associate a questo profilo sono la bassa fiducia in sé, la ridotta percezione di autoefficacia e la tendenza ad evitare gli insuccessi prediligendo compiti a non elevate richieste prestazionali. Questo profilo favorisce situazioni di evitamento, decadimento dell'impegno e abbassamento dei livelli di autostima, producendo effetti fortemente disfunzionali in termini di benessere psicologico e ricadute sull'apprendimento. In contesto scolastico ciò può tradursi in vere e proprie forme depressive accompagnate da rilevanti e stabili elementi cognitivi (non sono capace), emotivi (vergogna e impotenza) e motivazionali (ritiro dall'impegno). (De Beni & Moè, 2000)

Il terzo stile è quello del negatore, ovvero di colui che attribuisce i successi all'abilità innata e gli insuccessi a cause esterne, vissute come proprie "scuse" ed impedimenti. Assegnare alla difficoltà del compito, all'assenza di

aiuto o alla mancanza di fortuna il fallimento nei propri compiti ed obiettivi, diviene una maniera per esautorare la responsabilità individuale e per non cogliere la forte relazione che intercorre tra impegno e risultato. Da un punto di vista motivazionale si può complessivamente affermare che la percezione di autoefficacia di questi soggetti è buona, come anche positivo è il concetto di sé, mentre tendenzialmente medi sono i livelli di curiosità e d'interesse. Non compaiono disfunzionalità pesanti in termini di disagio psicologico e di apprendimento come nel caso del precedente profilo, tuttavia la credenza che l'abilità sia innata e non modificabile rende difficili gli interventi esterni atti a modificare questo atteggiamento e parallelamente pone questi individui nella condizione di non ricercare strategie efficaci, di "non far nulla" per trasformare e migliorare gli eventi. "Lo stile negatore tende ad essere più frequente nei maschi e quello depresso nelle femmine" (Stipek & Gralinsky, 1999; in De Beni & Moè, 2000, p.223).

Il quarto stile è quello della pedina, ossia dello studente che attribuisce le cause dei suoi successi come le cause dei suoi insuccessi a elementi esterni, instabili e poco controllabili. Lo studente che possiede questo profilo dimostra di non padroneggiare gli eventi e non si affida all'impegno e allo sforzo poiché è in assenza di aspettative positive per il successo ed avverte mancanza di controllo nei casi di insuccesso. E' talmente portato a esternalizzare il sistema causale che può cadere facilmente in forme fatalistiche se non superstiziose. In ambito scolastico manifesta scarso interesse e carente coinvolgimento, presentando prestazioni cognitive inferiori rispetto alle capacità realmente possedute.

Il quinto ed ultimo profilo è quello dell'abile, cioè di colui che attribuisce insuccessi e successi prevalentemente all'abilità personale, attribuzione interna, stabile e non modificabile. Spesso questo è frutto di effetto di stereotipie o aspettative rigide e distorte da parte di insegnanti o familiari. Non emergono criticità fintantoché il soggetto si trova in situazioni di riuscita, viceversa l'esposizione a insuccessi –magari ripetuti- mina fortemente la percezione delle abilità possedute e può condurre a situazioni di impotenza appresa. Se il fallimento è previsto, lo studente con profilo abile potrebbe

ritrovarsi nella situazione di non impegnarsi per non imputare la sconfitta alla propria incompetenza e salvaguardare la propria autostima. Tutto ciò può condurre a evitare situazioni impegnative come anche a provare ansia di fronte a compiti o attività che devono essere affrontati.

I 5 stili attributivi qui presentati, si distinguono -secondo le autrici De Beni & Moè (2000)- per due importanti elementi: la percezione di controllo e la possibilità di soddisfare bisogni innati quali l'autodeterminazione e il bisogno di competenza. La percezione di controllo è massima nello stile strategico e minima nei profili pedina e depresso, mentre assume valori intermedi per l'abile e il negatore. Il senso di autodeterminazione e la percezione di competenza sono soddisfatti nello stile strategico, che è il profilo più funzionale in termini di apprendimento e successo accademico, mentre risulta debole o assente negli altri stili, che vedono il soggetto meno competente, meno impegnato, meno strategicamente accorto e capace di autoregolare la propria attività di apprendimento.

La classificazione riportata risulta particolarmente utile per leggere gli stili attributivi espressi dai soggetti, sia in ambito clinico sia in ambito scolastico. Infatti è possibile agire in termini di **modificazione delle attribuzioni**, tenendo conto della distinzione tra:

- attribuzioni antecedenti: originate da esperienze pregresse e sostenute dal contesto familiare, educativo e scolastico;
- attribuzioni specifiche: espresse durante lo svolgimento di un compito particolare (Reid & Borkowski, 1987).

In ambito clinico è possibile appoggiarsi al Training attributivo, ovvero alla tecnica terapeutica grazie a cui s'induce il soggetto a modificare le proprie attribuzioni incrementando il livello di persistenza in caso di fallimento, imparando che il successo è sostenuto dall'impegno personale ed educando al fatto che i fallimenti sono addebitabili a cause esterne e temporanee e pertanto non ripetibili in situazioni similari (Forsterling, 1985).

In ambito scolastico modificare le attribuzioni ha come scopo principale quello di incrementare l'attribuzione dell'impegno dello studente (Dweck, 1975). "Particolari categorie di soggetti, ad esempio bambini iperattivi o con

disabilità di apprendimento, non comprendono la relazione esistente tra impegno, comportamento strategico e prestazione efficace, relazione che dev'essere loro insegnata" (Borkowski, Weyhing & Turner, 1988; in De Beni & Moè, 1995, p.13).

5.4 Sistema attributivo e ADHD

Abbiamo fin qui esaminato le modalità attributive e verificato come queste rivestano un ruolo determinante nel permettere a ciascun individuo una lettura causale degli eventi relativi al suo vissuto personale e nell'orientarlo ad affrontare i contesti di vita presenti e futuri. L'analisi dello stile attributivo riveste altresì un ruolo centrale nella ricerca delle connessioni tra elementi cognitivi ed elementi emozionali. Studiare questo legame diviene, nel caso dei soggetti con ADHD, una modalità che permette di contribuire a una migliore comprensione dei meccanismi cognitivi coinvolti in questo disturbo (Barkley, 1997; Sonuga-Barke, 1995).

In letteratura viene spesso fatto riferimento alla rilevanza che lo stile attributivo può avere nei soggetti con ADHD e particolarmente nei ragazzi scolarizzati, in cui lo stile causale entra in un circuito dinamico ed interdipendente con elementi quali motivazione, impegno, conoscenze strategiche e metacognitive, traducendosi frequentemente in disfunzionalità che interferiscono ed agiscono negativamente in termini di successo scolastico. Purtroppo gli studi specificatamente dedicati a questo tema sono circoscritti. Tra i contributi più recenti è opportuno fare riferimento alla ricerca condotta da Novello, De Meo & Maschietto (2008), in cui è stato valutato lo stile attributivo di un campione di 131 bambini di 6-11 aa, utilizzando la *Prova di Attribuzione* di Ravazzolo, De Beni e Moè (2005). Le risposte sono state classificate in relazione ai differenti profili diagnostici del campione clinico ed organizzate secondo il modello attributivo di Weiner distinguendo tra locus of control interno/esterno e stabilità/instabilità. Le evidenze hanno mostrato che nel gruppo di bambini diagnosticati prevale un'attribuzione di tipo interno e instabile per i successi, ed un'attribuzione più marcatamente esterna -a carattere instabile e incontrollabile- nel caso di

insuccessi. Se il disordine di disattenzione, iperattività/impulsività si presenta in comorbilità con DSA, lo stile attributivo del soggetto è invece caratterizzato da un locus of control esclusivamente esterno sia in caso di riuscita che di fallimento, dovuto alla percezione di incontrollabilità degli eventi. Lo studio ha messo in evidenza come ci sia la necessità di ricercare un eventuale profilo attributivo tipico per i soggetti con ADHD, al fine di poter meglio agire in termini di processo diagnostico, diagnosi differenziale ed interventi psicoeducativi.

In un precedente studio di Maschietto et al. (2006) sono stati analizzati i differenti profili comportamentali ed emotivi di bambini con ADHD suddivisi in base al *locus of control*. L'indagine ha mostrato che i soggetti con uno stile attributivo interno manifestano più frequentemente disturbi d'ansia, passività, disimpegno e talvolta depressione. La somministrazione di test neuropsicologici ha evidenziato che risultano meno iperattivi e impulsivi ma più disattenti. La perseveranza si manifesta soprattutto nell'errore ed al primo sbaglio palesano comportamenti impulsivi. Le spiegazioni sono volte soprattutto a motivare gli insuccessi. Viceversa i bambini con un *locus of control* esterno mostrano provocatorietà, aggressività, oppositività e tendenza irruenta nelle relazioni interpersonali. Ai test neuropsicologici le evidenze mostrano in questi ragazzi un eccesso nella percezione del sé che si traduce in maggiore impulsività e iperattività. Anche in questi soggetti permane una perseveranza nell'errore, generata frequentemente dal desiderio di provocazione. Nelle modalità operative forniscono –anche se richieste- meno spiegazioni e risultano essere meno disattenti rispetto al task assegnato.

A conclusione del capitolo ci pare sostanziale osservare come autostima e stile attributivo condizionano le prestazioni, influiscono sullo spazio di conoscenza delle strategie e sui processi di controllo di bambini e ragazzi. La psicologia cognitiva invita a tener conto di aspetti differenti della persona. *“Da un lato ci sono pensieri, emozioni e conoscenze del bambino nel suo relazionarsi alla propria mente (atteggiamenti, e conoscenze metacognitive) e, dall'altro ci sono le modalità con cui il bambino di fatto esercita il controllo*

della mente (processi metacognitivi di controllo e strategie), influenzate dalle conoscenze e dall'atteggiamento e che a loro volta agiscono sul comportamento cognitivo” (Cornoldi, in Borkowski et al., 2011, p.8). Un modello organico, capace di mettere in relazione le differenti componenti del funzionamento mentale è il modello metacognitivo proposto da Borkowski e Muthukrishna (2011, 1996, 1994), che offre –con lucida sintesi- una visione del sistema integrato emozioni-motivazione-metacognizione-cognizione. Gli autori, cercando di delineare il profilo del buon utilizzatore di strategie –GUS Good User Strategy- individuano le 10 caratteristiche essenziali (Borkowski et al., 2011, p.20) che dovrebbe possedere uno studente efficace, capace e in grado di avere successo scolastico:

1. conoscere un ampio numero di strategie di apprendimento;
2. capire quando, in quali contesti e perché queste strategie sono importanti;
3. selezionare le strategie, monitorarle e possedere abilità di riflessione e pianificazione;
4. credere che le capacità mentali possano crescere;
5. credere nell'impegno, applicato con attenzione e consapevolezza;
6. essere intrinsecamente motivato, orientato sul compito e con obiettivi di padronanza;
7. non temere il fallimento, poiché fallire è necessario per avere successo;
8. possedere molteplici e concrete immagini di “possibili Sé” sia desiderati che temuti, relativi al futuro prossimo o lontano;
9. possedere conoscenze approfondite di molti argomenti ed avere un rapido accesso alle stesse;
10. avere il sostegno dei genitori, della scuola e della società.

Il modello metacognitivo proposto da Borkowski e Muthukrishna è complesso e multicomponentiale, al suo interno agiscono componenti cognitive, metacognitivo-strategiche, motivazionali/attributive ed emotive, come ben rappresentato dal sottostante schema di sintesi.

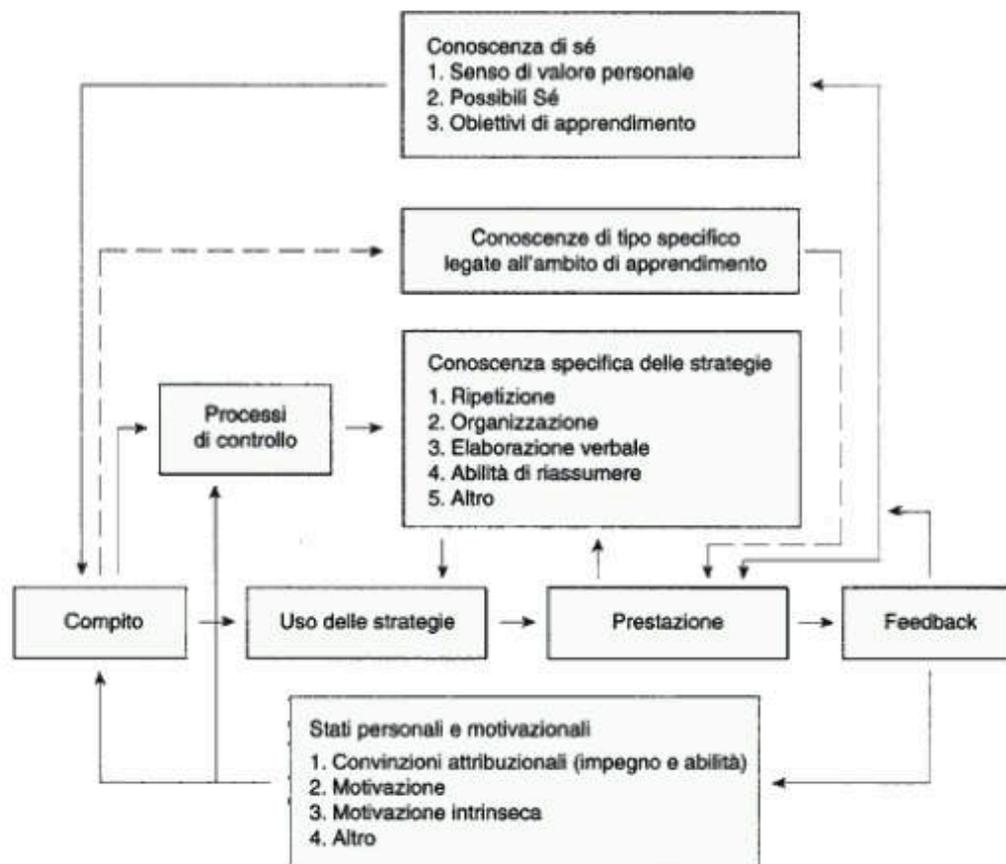


Tabella 5.7 Modello metacognitivo di Borkowski e Muthukrishna , 2011, p.26

Anche grazie a questo modello interpretativo è possibile riconoscere il ruolo decisivo assunto dalla conoscenza di Sé e dagli stati personali e motivazionali per la ristrutturazione delle convinzioni attribuzionali e l'incremento dell'autostima e dell'autoefficacia, senza le quali non è possibile agire in termini di apprendimento significativo e di formazione di studenti più efficaci ed efficienti. Il successo accademico passa inevitabilmente anche attraverso autostima ed attribuzione, ed è proprio tenendo in considerazione il modello di Borkowski e Muthukrishna che abbiamo orientato la ricerca che di seguito verrà presentata, utilizzando, appunto, strumenti di misurazione quali il Test Multidimensionale dell'Autostima ed il Questionario di Attribuzione).

PARTE II: LA RICERCA

CAPITOLO 6: il progetto di ricerca

I bambini e ragazzi con ADHD presentano sintomi primari/nucleari che afferiscono a deficit attentivi, iperattività e impulsività e disturbi secondari che si manifestano in altre caratteristiche associate quali bassa tolleranza alla frustrazione, problemi cognitivi in test d'attenzione, difficoltà nelle funzioni esecutive o di memoria (DSM-5, 2013). Sempre il DSM-5 indica tra le conseguenze funzionali l'associazione dell'ADHD a un ridotto rendimento scolastico e accademico, ridotta scolarizzazione e successivamente ridotto successo professionale. Nelle forme severe il disturbo altera la sfera delle relazioni familiari, sociali, formative e professionali.

I bambini e ragazzi con ADHD presentano una maggiore esposizione ai rischi di disagio e dispersione scolastica, fattori che indicano una difficoltà tra lo studente e la scuola e si manifestano attraverso disaffezione, disinteresse e demotivazione scolastica (Baldaro, Verde, 1989). Il disagio, che si annuncia nella fase iniziale, può evolvere nella dispersione, -suo epifenomeno- le cui manifestazioni più frequenti sono ritardi, interruzioni di frequenza, ripetenze, evasione dell'obbligo scolastico (Peditzi, 2011).

I bambini e i ragazzi con ADHD vivono nella quotidianità della scuola esperienze d'inadeguatezza comportamentale e criticità nelle relazioni interpersonali, determinate da problemi di autocontrollo comportamentale, performance scolastiche scarse, pur avendo un buon livello intellettivo. Gli inevitabili insuccessi determinano problemi di autostima, scarsa fiducia in se stessi, o addirittura ansia e depressione clinicamente significative (Barkley, Fisher et al., 1990).

6.1 Scopo e obiettivi

La ricerca si pone come finalità primaria quella di considerare ed indagare i possibili fattori associati all'ADHD che si ipotizzano protettivi e quelli

potenzialmente controproducenti per il successo scolastico. Alla luce delle ricerche che hanno evidenziato che questi ragazzi presentano un maggior rischio di dispersione scolastica ed un minore successo negli apprendimenti accademici, lo studio ha considerato il peso di alcuni fattori individuali e ambientali, quali possibili mediatori di rischio o fattori protettivi (variabili indipendenti).

I fattori relativi alla persona indagati sono: le abilità cognitive, la polisintomaticità del quadro clinico, gli interventi terapeutici (farmacologici e non), i livelli di autostima, il sistema attributivo rispetto al successo/insuccesso, il PDP ovvero piano didattico personalizzato in ambito scolastico,

I fattori ambientali considerati sono: la familiarità per il disturbo, il senso di competenza genitoriale, il livello socio-economico ed il livello culturale del contesto familiare.

I risultati della ricerca permetteranno di identificare gli alunni con maggior rischio di insuccesso scolastico e di orientare in maniera puntuale e sinergica gli interventi clinici e scolastici sui ragazzi con ADHD che sono portatori di bisogni educativi speciali.

Gli obiettivi primari della ricerca sono:

- I valutare i livelli di autostima dei ragazzi con ADHD rispetto alla popolazione di controllo.
- II valutare il sistema di attribuzione dei ragazzi con ADHD rispetto alla popolazione di controllo.
- II individuare le variabili che possono incidere sul percorso formativo dei soggetti con ADHD.

Per il raggiungimento degli obiettivi lo studio si è proposto di:

- verificare distribuzione, frequenza e indici di dispersione scolastica di soggetti con diagnosi di ADHD nella scuola di base della provincia di Trieste e valutare se i dati si attestano sui livelli indicati in letteratura;
- verificare i livelli di autostima nei ragazzi con ADHD e nel gruppo di controllo;

- verificare il sistema attributivo di soggetti con diagnosi ADHD al fine di esaminare se il disturbo influenza negativamente l'attribuzione che i ragazzi hanno di sé rispetto al successo/insuccesso;
- individuare quali stili di attribuzione individuale emergono in ragazzi con ADHD;
- verificare il senso di competenza genitoriale;
- verificare se la presenza dell'ADHD nei genitori rappresenta un mediatore del rischio;
- verificare altre caratteristiche del contesto socio-familiare dei ragazzi con ADHD allo stesso scopo.

6.2 Metodi

La ricerca presenta un disegno sperimentale basato su un gruppo clinico (30 individui) e un gruppo di controllo (60 individui). Il campione complessivo è costituito da bambini/ragazzi di 11-14 anni, all'interno del quale il campione clinico è composto da persone affette da ADHD e seguite per questo motivo presso la S.C. di Neuropsichiatria Infantile dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo.

In fase preliminare

La ricerca ha previsto la somministrazione di questionari ad un gruppo di ragazzi con diagnosi di ADHD, al gruppo di controllo e ai genitori dei rispettivi campioni.

Ai soggetti del gruppo clinico è stata richiesta la compilazione del TMA, test multidimensionale dell'autostima e del Questionario di attribuzione, (cfr. all. 4, 5) ed ai genitori la compilazione del questionario WURS, del questionario PSOC e parte delle informazioni raccolte nel questionario anamnestico sulla situazione del figlio (cfr. all. 2, 6, e 7).

Ai partecipanti al gruppo di controllo è stata richiesta la compilazione del TMA, test multidimensionale dell'autostima e del Questionario di attribuzione, (cfr. all. 4, 5) ed ai genitori la compilazione del questionario PSOC (cfr. all. 7). L'invito è stato proposto in forma scritta, attraverso due differenti modalità. Una lettera contenente natura e finalità della ricerca è stata indirizzata individualmente ai soggetti del campione clinico ed una lettera al campione di controllo (rispettivamente all. 8 e 10). Le stesse sono state accompagnata da

una scheda informativa (rispettivamente all. 9 e 11) che ha inteso esplicitare lo scopo dello studio, chi è l'organismo promotore, quali sono le modalità di partecipazione nel rispetto delle norme che regolano la privacy e come saranno trattate le informazioni emerse dalla ricerca. Ai genitori è stato inoltre richiesto il consenso informato utilizzando il modulo all'uopo consegnato (cfr. all.12).

La ricerca ha individuato e reclutato il campione clinico, ai cui partecipanti sono stati somministrati i test ed i questionari. Successivamente è stata estesa al gruppo di controllo individuato all'interno della popolazione scolastica di pari grado, nelle classi selezionate, previa autorizzazione del Dirigente scolastico, di un Istituto Comprensivo della provincia di Trieste. I dati sono stati registrati in forma anonima, utilizzando un codice identificativo. Dopo un periodo di 8/9 mesi è stata prevista la fase di retest per i ragazzi del campione clinico e analogamente per quelli di controllo.

La valutazione è avvenuta in due tempi: alla prima somministrazione dei questionari e alla seconda somministrazione. Per misurare l'evoluzione tra il tempo 0 ed il tempo 1 sono stati confrontati i risultati dei questionari TMA (con particolare attenzione alle domande dalla n. 76 alla n. 100) e del questionario di attribuzione. Oltre a ciò sono stati considerati gli indici di dispersione scolastica (cfr. appendice all. 2).

Per verificare il ruolo di alcuni fattori personali o ambientali nell'evoluzione dei ragazzi con ADHD in questo lasso di tempo sono stati considerati alcuni mediatori identificati come probabilmente protettivi o controproducenti rispetto all'evoluzione scolastica (cfr. appendice all.3).

Lo ricerca - sottoposta al parere del Comitato Indipendente di Bioetica dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo- ha ricevuto parere favorevole.

6.3 Popolazione

Lo studio osservazionale conta sulla presenza di un gruppo clinico e un gruppo di controllo-

Per il campione clinico sono stati preliminarmente considerati i parametri di seguito riportati.

Criteri di inclusione:

- soggetti di età compresa tra i 9 e i 14 anni, con diagnosi di ADHD (condizioni di comorbidità sono permesse ma la diagnosi di ADHD deve essere primaria)
- soggetti scolarizzati nelle scuole primarie e secondarie di 1° della provincia di Trieste

Criteri di esclusione:

- soggetti non ancora diagnosticati
- soggetti senza una competenza di base della lingua italiana (riferimento QCERL B1).

La selezione del campione è stata realizzata attingendo alla banca dati dell'ospedale infantile. Il gruppo clinico definitivamente reclutato è stato di 30 unità, nello specifico ragazzi e ragazze di età compresa tra gli 11 e i 14 anni, seguiti presso la S.C. di Neuropsichiatria infantile dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofalo.

Il campione di controllo ha analogamente beneficiato di preliminari criteri di selezione:

Criteri di inclusione:

- soggetti di età compresa tra i 9 e i 14 anni,
- soggetti scolarizzati nelle scuole primarie e secondarie di 1° della provincia di Trieste

Criteri di esclusione:

- soggetti diversamente abili o che presentano disturbi certificati (es. DSA)
- soggetti senza una competenza di base della lingua italiana (riferimento QCERL B1).

Sono stati inoltre considerati dei criteri di omogeneizzazione rispetto al gruppo clinico. Nello specifico:

- il genere (nel gruppo di controllo è stata reclutata la stessa percentuale di maschi e di femmine presenti nel gruppo clinico),

- l'età anagrafica (nel gruppo di controllo è stata osservata la stessa percentuale di reclutamento di soggetti nati nella stessa annualità rispetto a quelli presenti nel gruppo clinico),
- il grado di scuola frequentata (nel gruppo di controllo è stata rispettata la medesima percentuale di individui reclutati nella scuola primaria e nella scuola secondaria di 1° per il gruppo clinico),
- la cittadinanza (nel gruppo di controllo è stata rispettata la stessa percentuale di reclutamento del gruppo clinico di soggetti di cittadinanza italiana e di cittadinanza non italiana, ovvero di stranieri).

Il gruppo di controllo è stato reclutato presso l'Istituto Comprensivo Divisione Julia di Trieste. Al termine di un iter complesso nelle dinamiche organizzative e nelle tempistiche, il campione di controllo effettivamente reclutato e testato è stato di 91 unità. Per attenersi ai criteri d'inclusione/esclusione definiti in precedenza e soprattutto per rispondere ai criteri di omogeneizzazione precisati rispetto al gruppo clinico, il campione ha successivamente subito una riduzione.

Sono stati pertanto esclusi dal gruppo di controllo:

- i casi di femmine con cittadinanza non italiana (poiché nel campione clinico non erano presenti alunne straniere),
- i casi eccedenti di maschi stranieri (sono stati salvaguardati in modalità random solo i numeri atti a rispettare la stessa percentuale di reclutamento del gruppo clinico di soggetti con cittadinanza non italiana),
- i casi eccedenti di femmine italiane (nel gruppo di controllo è stata mantenuta la stessa percentuale di femmine presenti nel gruppo clinico, escludendo secondo un processo random i numeri in eccesso).

Il gruppo di controllo definitivamente reclutato – rispettando i criteri di età e di genere - è stato di 60 unità di ragazzi e ragazze di età compresa tra gli 11 e i 14 anni, frequentanti la scuola di base a Trieste.

Caratteristiche dei campioni

I soggetti del campione clinico e del campione di controllo arruolati sono stati rispettivamente 30 e 60, per un numero complessivo di 90 unità.

L'età dei soggetti complessivamente reclutati è suddivisa come evidenziato nella Tabella 10.1.

	CAMPIONE CLINICO		CAMPIONE DI CONTROLLO		TOTALE
		%		%	
11 anni	6	20,000	12	20,000	18
12 anni	13	43,333	26	43,333	39
13 anni	9	30,000	18	30,000	27
14 anni	2	6,666	4	6,666	6
TOTALE	30	100%	60	100%	90

Tabella 6.1: dati demografici dei campioni per età

Gli individui del gruppo clinico sono complessivamente 30, hanno un'età media di 12 aa e 3 mesi e la mediana è di 12 aa e 5 mesi (range 11-14). Dati analoghi valgono per il campione di controllo, costituito da 60 individui.

Per quanto attiene al genere i soggetti del campione clinico hanno presentato una netta prevalenza di maschi (24) rispetto alle femmine (6), secondo un rapporto 4:1, dato in accordo con quanto indicato dalla letteratura scientifica internazionale (*"rapporto di circa 2:1 nei bambini e 1.6:1 negli adulti"*, DSM-5, 2013, p.63) e soprattutto nazionale (*"Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è maggiormente presente tra i maschi rispetto alle femmine, secondo un rapporto che va da 3 a 9 maschi ogni femmina, a seconda delle ricerche"*, Vio, Marzocchi, Offredi, 1999, p.17). In tal senso il campione clinico reclutato costituisce una popolazione rappresentativa e significativa. Gli individui appartenenti al gruppo di controllo sono stati selezionati nel rigoroso rispetto delle percentuali di maschi e femmine reclutati per il gruppo sperimentale, come presentato in tabella 6.2.

	CAMPIONE CLINICO		CAMPIONE DI CONTROLLO		TOTALE
		%		%	
M	23	76,666	46	76,666	69
MST*	1	3,333	2	3,333	3
F	6	20,000	12	20,000	18
TOTALE	30	100%	60	100%	90

Tabella 6.2: dati demografici dei campioni per genere

*MST indica i maschi con cittadinanza non italiana

La selezione dei soggetti eleggibili secondo il genere è stata realizzata anche considerando le varie fasce di età come si evince in tabella 6.3.

ETA'	GENERE	CAMPIONE CLINICO		CAMPIONE DI CONTROLLO		TOTALE
			%		%	
11 anni	M+MST	4	13,333	8	13,333	12
	F	2	6,666	4	6,666	6
12 anni	M+MST	12	40,000	24	40,000	36
	F	1	3,333	2	3,333	3
13 anni	M+MST	6	20,000	12	20,000	18
	F	3	10,000	6	10,000	9
14 anni	M+MST	2	6,666	4	6,666	6
	F	0	0	0	0	0
TOTALE		30	100%	60	100%	90

Tabella 6.3: dati demografici dei campioni per genere/età

6.4 Gli strumenti e i materiali

Per la realizzazione dello studio ed il raggiungimento delle finalità prefissate è stata individuata una molteplicità di strumenti utili allo scopo. Dopo un'analisi dettagliata di differenti proposte si è giunti alla selezione dei seguenti strumenti:

N°	Strumento		Target	Tipologia
1	Questionario di rilevamento quantitativo su alunni ADHD		Popolazione scolastica -scuola primaria e secondaria di 1°- iscritta negli Istituti Comprensivi della Provincia di Trieste	Questionario creato ad hoc
2	Questionario anamnestico		Gruppo clinico (Bambini /ragazzi con ADHD)	Questionario creato ad hoc
3	Test TMA, Test multidimensionale dell'autostima		Gruppo clinico e gruppo di controllo (Bambini /ragazzi con ADHD e non)	Test standardizzato e validato
4	Questionario di attribuzione		Gruppo clinico e gruppo di controllo (Bambini /ragazzi con ADHD e non)	Test standardizzato e validato
5	Questionario per ADHD	WURS	Genitori gruppo clinico (Bambini /ragazzi con ADHD)	Test standardizzato e validato
6	Questionario Senso di competenza genitoriale	PSOC	Genitori gruppo clinico e gruppo di controllo (Bambini /ragazzi con ADHD e non)	Test standardizzato e validato

Tabella 6.4: sintesi degli strumenti utilizzati

Per la somministrazione dei test è stato utilizzato per ciascun partecipante un codice identificativo che ha permesso di utilizzare le informazioni ricevute in forma anonima, nell'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza.

6.4.1 Il questionario di rilevamento quantitativo

Il *questionario di rilevamento quantitativo* (cfr. allegato 1), collocato nella fase propedeutica della ricerca, è nato con lo scopo di misurare nell'ambito degli Istituti Comprensivi della Provincia di Trieste la popolazione scolastica iscritta

nel primo ciclo (scuola primaria e scuola secondaria di 1°) e specificatamente la popolazione con certificazione di ADHD.

La tabella A dello strumento ha lo scopo di tracciare diffusione e frequenza del numero di alunni certificati con disturbo di attenzione/iperattività rispetto alla popolazione iscritta.

La tabella B pone il focus sugli allievi che vanno dalla V classe primaria alla III della secondaria di 1°, al fine di individuare dati significativi degli iscritti in relazione a: genere, trasferimenti, bocciature e fenomeni di evasione scolastica. I dati si riferiscono a: popolazione di cittadinanza italiana, popolazione di cittadinanza non italiana e popolazione con diagnosi di ADHD rispettivamente di cittadinanza italiana e non italiana.

La fascia d'età e gli indicatori sono stati scelti tenendo conto di criteri di inclusione e di esclusione.

- Sono state individuate le classi della scuola secondaria di 1° e la classe terminale della scuola primaria poiché sovente nelle classi inferiori il disturbo è allo stadio osservativo e/o di studio o in fase di certificazione. Come indicano i sistemi nosografici a livello internazionale è difficile individuare una sintomatologia prima del quarto anno di vita e il disturbo tende a essere identificato durante gli anni della scuola elementare (DSM-5, 2013). Inoltre una valutazione diagnostica precoce presenta “un elevato rischio di incorrere in falsi positivi, ossia di riconoscere come ADHD bambini in realtà solamente molto vivaci o comunque privi di un disturbo strutturato.” (Fedeli, 2012, p.177)
- Sono state privilegiate le classi V primaria e I, II, III della scuola secondaria di 1°, poiché il piano della ricerca prevede la somministrazione di materiale testistico che necessita come prerequisito di operare con soggetti che abbiano tale fascia d'età ed abbiano sviluppato una maturazione dei processi riflessivi e autoriflessivi.
- Nella scelta degli indicatori di drop-out scolastico si è cercato di individuare gli aspetti più oggettivi e misurabili in termini di disagio e

dispersione. Per tale ragione sono stati inclusi i trasferimenti, le bocciature e i fenomeni di evasione scolastica. Viceversa sono stati esclusi i voti disciplinari e di comportamento. Questi sarebbero stati ottimi segnalatori di successo/insuccesso, disagio e malessere ma non afferendo a un sistema di verifica e valutazione condiviso e standardizzato non potevano essere assunti come indicatori significativi.

6.4.2 Il questionario anamnestico sulla situazione dell'alunno

Il *questionario anamnestico* sulla situazione dell'alunno (cfr. all.2) è stato costruito per una raccolta di dati finalizzata a rilevare, nell'ambito dei soggetti appartenenti al gruppo clinico, elementi riferiti alle aree di seguito indicate.

- Area anagrafica (domande 1-6): individua genere, mese ed anno di nascita, cittadinanza italiana o altra cittadinanza, eventuale adozione del soggetto;
- Area clinica (domande 7-19): indica per ciascun individuo la tipologia della diagnosi di ADHD (ADHD-I ovvero sottotipo a prevalenza iperattiva/impulsiva, ADHD-D sottotipo a prevalenza disattentiva, ADHD-C sottotipo combinato), il livello cognitivo, l'eventuale comorbilità con altre sintomatologie (quali DOP Disturbo Oppositivo Provocatorio, DC disturbo del comportamento, DSA Disturbi Specifici dell'apprendimento), la presenza di terapia con psicostimolanti (in corso o pregressa), la presenza di altre eventuali terapie farmacologiche, la partecipazione a un training metacognitivo o a altri interventi psicoterapeutici, la partecipazione dei genitori a percorsi di parent training e/o di terapia familiare.
- Area scolastica (dom. 20-28): fornisce indicazioni circa la classe e l'ordine di scuola frequentata da ciascun individuo, la tipologia di tempo-scuola scelta (TP tempo pieno, TN tempo normale, TP tempo prolungato, TC tempo corto), i giorni di assenza accumulati nell'anno scolastico precedente, le eventuali bocciature (quantità e collocazione temporale), la presenza del PDP ovvero Piano Didattico

Personalizzato, la possibile attribuzione di un insegnante di sostegno nelle ore curricolari (con quantificazione oraria), la possibile assegnazione di un educatore nelle ore curricolari o extracurricolari (con quantificazione oraria).

- Area familiare (dom. 29-38): fornisce informazioni circa la tipologia familiare (famiglia nucleare, monoparentale, separata, ricomposta) e dati riferiti ad ogni singolo genitore in riferimento all'età, alla lingua madre, alla formazione culturale (scolarizzazione elementare, media, diploma, laurea) e al profilo professionale del padre e della madre (casalingo/a, disoccupato/a, pensionato/a, lavoratore/lavoratrice a bassa qualificazione, impiegato o dipendente con titolo medio, insegnante o dipendente laureato, libero professionista o imprenditore).

Il questionario ha lo scopo di realizzare un'indagine conoscitiva dei ragazzi con diagnosi di ADHD partecipanti alla ricerca al fine di estrapolare un quadro informativo, i cui dati personali e clinici possano fornire indicazioni sul peso degli stessi come possibili mediatori del rischio o fattori protettivi nella sintomatologia del disturbo. Anche i dati ambientali, riferiti all'area scolastica e al contesto familiare, sono inclusi come indicatori sostanziali nella lettura finalizzata ad individuare elementi favorevoli o sfavorevoli al successo formativo dei ragazzi con diagnosi di ADHD.

6.4.3 Il TMA, Test Multidimensionale dell'autostima

Il *TMA, Test multidimensionale dell'autostima* di V. Beatrice e B.A. Braken, 1993 (cfr. all. 4), poggia su di un modello teorico che considera l'autostima un costrutto psicologico che si sviluppa in modo strutturato secondo i principi dell'apprendimento. "Quindi in questa concezione dell'autostima, il costrutto psicologico che viene misurato rappresenta le valutazioni apprese che gli individui esprimono a proposito di se stessi basandosi sui propri successi e fallimenti, sulle storie personali di rinforzamento e sui modi in cui gli altri hanno reagito ed interagiscono con loro." (Braken, 2012, p.18) L'autostima ha una natura multidimensionale generata dalle interazioni tra dimensione

individuale e contesti di vita, che presentano gradi di interazione e di possibile sovrapposibilità. Secondo Braken le dimensioni che costituiscono l'autostima, e che sono tra loro interconnesse, sono riconducibili a 6 ambiti:

1. Le relazioni interpersonali: i ragazzi vivono continuamente in contesti di interazione sociale con i pari o gli adulti; la costruzione dell'autostima personale è condizionata dalla positività delle interazioni e dalla capacità di raggiungere gli obiettivi attraverso relazioni sociali efficaci.
2. La competenza di controllo dell'ambiente: ogni individuo manifesta comportamenti orientati al controllo ambientale ed anche i ragazzi agiscono sul contesto attraverso modalità di problem solving, atte a raggiungere obiettivi e situazioni desiderate, generando successi o fallimenti.
3. L'emotività: le reazioni emotive si manifestano prima, durante o come risposta a situazioni attivanti in cui il soggetto è coinvolto; la maturazione data dall'età permette ai ragazzi di riconoscere, valutare e controllare meglio gli schemi di reazione emotiva che con il passare del tempo divengono più stabili.
4. Il successo scolastico: i soggetti fondano i propri livelli di autostima valutando i successi reali vissuti nel contesto scolastico e le esperienze extracurricolari connesse con la scuola (compiti domestici, valutazione della giornata scolastica, organizzazione del lavoro, ecc.)
5. La vita familiare: le interazioni generate all'interno dell'ambito familiare, che spesso è il contesto in cui i ragazzi trascorrono la maggior parte del tempo, influiscono significativamente nella costruzione dell'autostima. Per famiglia è da intendersi la o le persone da cui il soggetto dipende per l'assistenza, la cura, la sicurezza e l'educazione.
6. Il vissuto corporeo: l'autostima corporea individuale è prodotta dalla percezione e dalle convinzioni riferite alla propria dimensione fisica,

unitamente ai feedback diretti ed indiretti che il ragazzo riceve dall'esterno e dalle reazioni altrui sulla propria situazione corporea.

Queste dimensioni, tra loro correlate ed interagenti, sono dimensioni specifiche dell'autostima che viste nella loro sintesi danno luogo all'autostima globale, intesa come stile di risposta appreso nel tempo, relativamente stabile, ma con evoluzioni in positivo o in negativo a seconda dei possibili cambiamenti messi in atto dall'individuo o da possibili modificazioni poste dal contesto ambientale.

Le 6 dimensioni individuate da Braken sono state tradotte nel test TMA in 6 sottoscale -comprehensive di 25 domande ciascuna- denominate per l'appunto scala interpersonale, scala della competenza, scala emozionale, scala scolastica, scala familiare, scala corporea. Il test, finalizzato a valutare l'autostima di bambini e adolescenti (9-19 anni) nei più importanti ambiti di esperienza, presenta complessivamente 150 item semplici e concisi, a cui è possibile rispondere scegliendo tra quattro alternative (AV assolutamente vero, V vero, NV non è vero, ANV non è assolutamente vero) per ciascuna affermazione. Non è prevista una risposta centrale per evitare che i punteggi si attestino intorno alla neutralità, cosa che potrebbe limitare le informazioni circa il soggetto. Ogni item riceve un'attribuzione di punteggio (da 4 punti per AV assolutamente vero a 1 punto per ANV non è assolutamente vero), La somma dei 25 item di ciascuna scala fornisce il punteggio grezzo della singola scala, mentre la somma totale dei 150 item offre il punteggio grezzo riferito al test TMA nella sua complessità. Questi dati vanno poi messi in relazione con la classificazione dell'autostima corrispondente a fasce di punteggi standard che sono:

- ✓ > 135 estremamente positiva,
- ✓ 126-135 molto positiva,
- ✓ 116-125 lievemente positiva,
- ✓ 86-115 nella media,
- ✓ 76-85 lievemente negativa.
- ✓ 66-75 molto negativa,
- ✓ < 66 estremamente negativa.

Per la corretta attribuzione dei punteggi, per l'attribuzione di punteggi per le scale non interamente completate, per gli intervalli di fiducia e la determinazione dei ranghi percentili, è stato utilizzato il software TMA (V.B. & B. Braken, 2012), una versione informatizzata che ha permesso di determinare con precisione la valutazione dei singoli protocolli. Ha inoltre fornito un'interpretazione interpersonale (normativa, ovvero in relazione al campione di standardizzazione) e intrapersonale (standard intraindividuale, ossia confrontando il risultato del soggetto in ciascuna scala individuale con il risultato globale del test) di ogni singola somministrazione.

Il TMA è uno strumento diagnostico approfondito per l'individuazione di problematiche riferite all'autostima, e strumento di screening finalizzato a conoscere tendenze e caratteristiche di un campione (indicazioni su alcune aree di difficoltà, prevenzione dell'insuccesso scolastico e di comportamenti a rischio). Il TMA è uno strumento teoricamente fondato e validato empiricamente (standardizzato negli Stati Uniti e successivamente in Italia), che può essere utilizzato in connessione con altri test psicoeducativi (nell'ambito della ricerca per esaminare la relazione tra autostima multidimensionale e altri costrutti psicologici quali concetto di sé, autoefficacia, ecc.).

6.4.4 Il Questionario di attribuzione

Il *Questionario di attribuzione* (cfr. all. 5) elaborato da Rossana De Beni e Angelica Moè, (1995) è uno strumento nato dall'esigenza di disporre di un dispositivo atto a misurare il sistema attributivo, ovvero il tipo di spiegazioni adottate da ciascun individuo per spiegare il successo o il fallimento in compiti cognitivi. Ogni soggetto nell'interpretare le riuscite positive o negative in compiti di diverso tipo fa riferimento a uno schema personale e abbastanza stabile di attribuzioni che costituisce il suo stile attributivo. Il questionario presenta –attraverso 24 item- delle situazioni ipotetiche. Si tratta di 12 situazioni di successo e 12 situazioni di insuccesso in cui lo studente potrebbe essersi trovato e, all'interno di ciascuna dozzina, quattro situazioni riguardano la memoria, quattro l'apprendimento e quattro fanno riferimento

alla vita quotidiana. Per ciascuna situazione sono indicate 5 possibili cause attribuibili all'evento. "Le cause selezionate sono quelle che, secondo letteratura (Weiner, 1985) sono le attribuzioni più frequenti e nello specifico l'impegno personale (interna, stabile, controllabile), la propria abilità (interna, stabile e incontrollabile), la facilità o difficoltà del compito (esterna, stabile e incontrollabile), la fortuna o caso (esterna, instabile e incontrollabile), e l'aiuto di qualcuno (esterna, instabile e controllabile)." (De Beni & Moè, 1995, p.17) Tra le cause indicate il soggetto deve sceglierne 3 (indicando con 1 la causa più importante, con 2 e 3 cause in ordine decrescente). Il questionario può essere somministrato sia individualmente che collettivamente. Dalle risposte al questionario si ricavano 10 scale relative al tipo di attribuzione, cioè di causa scelta per spiegare il successo o l'insuccesso. I risultati ottenuti in ognuna delle 10 scale vengono riportati in una scheda di sintesi e confrontati con i limiti di normalità stabiliti rispetto al gruppo normativo di riferimento. I limiti di normalità o intervallo di confidenza della media sono calcolati sottraendo dalla media la deviazione standard. La scheda riassuntiva permette di verificare i punteggi ottenuti per ognuna delle dieci scale da ciascun individuo, di calcolare la media del gruppo dei somministrati e infine di confrontare i punteggi del singolo ragazzo sia con i limiti di normalità, sia con quelli del gruppo dei pari. Per l'interpretazione del punteggio viene considerata bassa una prestazione sotto una deviazione standard e molto bassa se inferiore a 1,5 deviazione standard. Nello stesso modo sono considerate alte e molto alte le prestazioni superiori rispettivamente a 1 e 1,5 deviazione standard. Le attribuzioni possono essere distinte in interne (impegno e abilità) o esterne (facilità/difficoltà del compito, caso/fortuna, aiuto esterno). Se i dati indicano una prevalenza delle attribuzioni interne, emerge il ruolo attivo del soggetto, fautore dei propri successi o fallimenti; se -viceversa- emerge una prevalenza delle attribuzioni esterne, il focus è rivolto verso eventi incontrollabili e difficilmente prevedibili. Il tipo di attribuzione più importante da considerare per tracciare il profilo di un soggetto è soprattutto l'impegno, che è un'attribuzione interna, instabile e controllabile. Partendo dai risultati emersi nella scala dell'impegno è possibile

evidenziare differenti profili:

- ✓ il *buon utilizzatore di strategie* ovvero il *GSU good strategy user*, secondo il modello di Borkowski e Muthukrishna (2011), è colui che sa trarre giovamento dalle esperienze di successo e insuccesso;
- ✓ il *depresso*, è chi addebita a cause esterne la riuscita di eventi e comunque non ascrive a sé e alle sue capacità personali eventuali riuscite. Tale profilo rimanda a situazioni d'impotenza appresa, *learned helplessness*, ovvero di soggetti che sottoposti a plurimi e ripetuti fallimenti, hanno imparato che non possono apprendere e che il successo non è dipendente da loro stessi.
- ✓ il *negatore*, è colui che attribuisce i successi all'abilità innata e gli insuccessi a cause esterne, escludendo il ruolo centrale che può essere assunto dall'impegno;
- ✓ la *pedina*, è chi assegna solo ed esclusivamente a cause esterne le situazioni di riuscita estromettendo ogni possibile funzione attribuibile all'impegno;
- ✓ l'*abile*, è colui che fonda successi ed insuccessi sull'abilità personale e quindi su di una causa interna, stabile e quindi non modificabile.

Tranne il primo, i profili di depresso, negatore, pedina ed abile sono accomunati per lo scarso valore attribuito all'impegno. In questi casi "la mancata riuscita non è un'esperienza positiva perché o non insegna niente (se l'attribuzione è esterna) o è deleteria nel senso che conferma la mancanza di abilità abbassando il profilo di autostima (attribuzione interna all'abilità)." (De Beni & Moè, 1995, p.27)

Complessivamente il questionario risulta utile al fine di misurare le attribuzioni principali e secondarie date in un'ampia gamma di situazioni sia di tipo scolastico (apprendimento) che di tipo non scolastico (memoria e vita quotidiana) e risulta particolarmente significativo per valutare il sistema attributivo di uno studente in riferimento alla motivazione e all'apprendimento scolastico, evidenziando eventuali difficoltà di apprendimento e problematiche motivazionali.

6.4.5 La Wender Utah Rating Scale for ADHD, WURS

La scala *WURS* (cfr. all. 6), elaborata da Wender (1995), è nata con lo scopo di valutare i sintomi da deficit di attenzione/iperattività in età adulta. La scala –composta nella sua forma originaria da 61 item- presenta la sottoscala *WURST for ADHD*. Tale scala di valutazione è finalizzata ad aiutare nella diagnosi retrospettiva di infanzia con ADHD. Presenta un questionario composto da 25 domande in cui viene chiesto agli adulti di descrivere gli aspetti tipici del loro comportamento nel periodo compreso tra i 6 e 10 anni, ovvero nel periodo di frequenza della scuola elementare/primaria. Ogni domanda offre 5 possibili risposte che il soggetto sceglie riflettendo a come o in che misura era nella fascia d'età indicata, segnando se gli aspetti tipici indicati nella scala si presentavano per nulla/pochissimo, talvolta, lievemente, molto, moltissimo. Per ogni risposta viene utilizzata una scala Likert con un punteggio da 0 a 4. La somma dei punteggi dati dagli item complessivi della scala offre il punteggio totale che può andare da un minimo di 0 a un massimo di 100. E' stato individuato il punteggio cut-off ≤ 46 (maggiore o uguale a 46) per rilevare un adulto con pregresso ADHD.

La scala *WURS-ADHD* ha buone proprietà psicometriche, ha dimostrato soddisfacente coerenza interna e stabilità temporale e può essere un valido strumento di screening retrospettivo per la misurazione dei sintomi di ADHD in età infantile.

6.4.6 Lo PSOC, il Questionario sul senso di competenza dei genitori

Il *Parenting Sense of Competence Scale*, *PSOC*, è stato inizialmente sviluppato da Gibaud-Wallston & Wandersman nel 1978. Lo strumento è stato successivamente ripreso da Johnston & Mash nel 1989 e tradotto in italiano da Vio et al. (1999), come *Questionario sul senso di competenza dei genitori* (cfr. all. 7). La scala nasce con lo scopo di misurare la soddisfazione ed il grado di autoefficacia di padri e madri rispetto al proprio ruolo genitoriale. Il questionario è composto da 16 item. Di questi 9 appartengono al costrutto *soddisfazione* (item 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16) e 7 al costrutto *efficacia* (item 1, 6, 7, 10, 11, 13, 15). La compilazione prevede che il

genitore/genitrice riporti il grado di accordo rispetto alle 16 affermazioni proposte (1 = fortemente d'accordo, 2 = d'accordo, 3 = parzialmente d'accordo, 4= parzialmente in disaccordo, 5= in disaccordo, 6 = fortemente in disaccordo). Per effettuare lo scoring del questionario è necessario invertire il punteggio degli item che appartengono alla dimensione efficacia. Sommando il punteggio dei singoli item si ottiene il punteggio relativo alla scala di soddisfazione e quello riferito alla scala di autoefficacia. La somma delle due scale offre il punteggio totale sul senso di competenza genitoriale, che è compreso tra un valore minimo di 16 a uno massimo di 96. All'interno di questo sono individuate tre gamme di classificazione:

- totale = 70-96 *High Parental-Confidence*
- totale = 51-69 *Moderate Parental-Confidence*
- totale = 16-50 *Low Parental-Confidence*

Pertanto maggiore è il punteggio più alta è la misurazione del senso di fiducia e soddisfazione dei genitori rispetto al proprio ruolo parentale.

Il questionario è stato utilizzato dallo stesso gruppo canadese (Mash e Johntson, 1989) per confrontare i vissuti personali di genitori di bambini con iperattività e quelli di genitori di bambini che non presentavano il disturbo. Dalla ricerca è emerso che i primi hanno dimostrato livelli inferiori del senso di efficacia e che la soddisfazione è inversamente correlata alla gravità dei problemi del figlio.

6.4.7 I materiali

Ai fini della ricerca sono stati anche redatti dei materiali indirizzati al reclutamento dei soggetti appartenenti al gruppo clinico e al gruppo di controllo.

Nello specifico per il gruppo clinico è stata curata la redazione di:

- una lettera di presentazione della ricerca (a firma del medico tutor del Burlo e della dottoranda) (all. 8),
- una scheda informativa sintetica ma dettagliata del progetto di ricerca (all. 9),
- un modulo di consenso informato (all. 12).

Per il gruppo di controllo sono stati stesi:

- una lettera di presentazione della ricerca (a firma del medico tutor del Burlo e della dottoranda) (all. 10),
- una scheda informativa sintetica ma dettagliata del progetto di ricerca (all. 11),
- un modulo di consenso informato (all. 12).

Inoltre tra i materiali è da includersi anche una tabella riferita agli elementi protettivi e ai mediatori del rischio (all.3) che riassume sinteticamente gli elementi che nell'arco della ricerca verranno indagati per verificare il peso favorevole o sfavorevole degli stessi nel processo e nel successo formativo di soggetti con ADHD.

Tutti gli strumenti e tutti i materiali descritti sono stati inclusi nel *Protocollo di Ricerca* sottoposto a parere critico del Comitato Indipendente di Bioetica dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, il quale ha esaminato il dossier ed ha espresso parere favorevole.

6.5 Le procedure e le azioni

Le procedure e le azioni che hanno interessato la ricerca si sono sviluppate secondo fasi distinte.

La fase propedeutica

Nella fase propedeutica dello studio, l'attività si è concentrata sul *questionario di rilevamento dati sugli alunni ADHD* proposto agli Istituti Comprensivi della provincia di Trieste. Lo strumento è nato con lo scopo di conoscere quantità e distribuzione di allievi con diagnosi di deficit di attenzione e iperattività/impulsività nelle scuole primarie e secondarie di 1° del territorio, nonché di rilevare alcuni indicatori di dispersione scolastica. Al fine di avviare la procedura per reperire i dati presso le scuole del territorio, è stata redatta una lista degli Istituti Comprensivi e preparata una comunicazione scritta –controfirmata dai tutor della ricerca- che, unitamente alla tabella di rilevamento dei dati è stata inoltrata per via istituzionale ai Dirigenti scolastici della Provincia di Trieste. Consecutivamente sono stati

realizzati incontri con i referenti istituzionali dell'U.S.R., Ufficio Scolastico Regionale, e di seguito e per un arco temporale, di circa 3 mesi, sono stati tenuti incontri, contatti telefonici e telematici con Dirigenti, personale amministrativo o referenti delle scuole.

L'invito alla collaborazione è stato inoltrato a 16 Istituti Comprensivi della Provincia di Trieste. In 1/4 dei casi la restituzione è stata agevole e tempestiva, per oltre la metà è risultata complessa e difficoltosa, in 2 casi parziale. A conclusione dell'iter sono stati raccolti i dati riferiti a 14 Istituti Comprensivi, con un coinvolgimento di 33 scuole primarie e 14 scuole secondarie di 1°, per una popolazione studentesca pari a 10.337 unità per l'a.s. 2012-13 e di 10.469 unità per l'a.s. 2013-14.

La prima fase: selezione, reclutamento e somministrazione dei test al campione clinico

La selezione è stata realizzata con il Dott. Skabar attraverso uno screening dettagliato dei soggetti con diagnosi di ADHD, età 9-14 aa, inclusi nel database dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo. Inizialmente sono stati individuati 88 soggetti eleggibili. Alla luce della stima del numero dei soggetti seguiti presso la sede presso la SC di Neuropsichiatria Infantile, ed in considerazione dei risultati emersi dal *questionario di rilevamento quantitativo* sugli studenti con ADHD iscritti nella scuola di base della provincia di Trieste, che hanno indicato che le età con indici più significativi di studenti con tale patologia si collocano nella fascia 11-14 aa, si è deciso di individuare il campione clinico in tale range. Dalla prima lista sono state estrapolate 49 unità più propriamente rispondenti ai criteri di inclusione ed esclusione previsti per il campione clinico. I 49 soggetti selezionati sono stati assunti come gruppo da reclutare. Sono state pertanto contattate le famiglie -in primis telefonicamente- per spiegare natura e finalità della ricerca, e in seguito, attraverso l'invio via posta di un plico contenente una lettera di presentazione dello studio, una scheda informativa sintetica ma dettagliata del progetto di ricerca ed il modello di consenso informato. Con successivo contatto telefonico sono state verificate le adesioni e sono stati stabiliti degli appuntamenti individuali per un incontro di somministrazione del materiale

testistico ad ogni singolo ragazzo ed ai genitori presso la sede del Burlo. La partecipazione alla ricerca ha previsto pertanto un'adesione libera e gratuita delle famiglie e dei ragazzi, nel rispetto delle norme che regolano la privacy (D.L. n.196 del 30 giugno 2003). Le adesioni reali sono state complessivamente 30.

In un arco temporale di poco più di due mesi sono stati realizzati gli incontri pomeridiani, stabiliti in una fascia oraria confacente ai soggetti che non dovevano essere messi nella condizione di inficiare le attività scolastiche curricolari del mattino e nemmeno le attività terapeutiche, educative o ricreative del pomeriggio. I colloqui sono stati tenuti in una sala dell'ospedale infantile confortevole e priva –per quanto possibile- di distrazioni. Ogni incontro, dalla durata variabile compresa tra i 55 e i 100 minuti, è stato caratterizzato da un medesimo format.

1. Il primo momento è stato dedicato alla presentazione e a un breve colloquio con il ragazzo o la ragazza ed i genitori accompagnatori, finalizzato a implementare le informazioni sullo studio, a rispondere ad eventuale richieste e delucidazioni da parte dei soggetti, a spiegare contenuti e tempi della seduta nonché a creare un clima favorevole di scambio e condivisione.
2. In seguito si è passati alla somministrazione del Questionario di attribuzione al soggetto, leggendo assieme le istruzioni e le due domande di prova. Successivamente sono state lette le 24 situazioni proposte rilevando l'importanza di rispondere con 1 nel caso di causa più importante all'origine della situazione, con 2 e 3 come cause in ordine decrescente.
3. Indi si è passati alla somministrazione del questionario TMA, test multidimensionale dell'autostima, che è stato presentato come una scala che misura il modo in cui il singolo si sente rispetto a se stesso. Sono state lette ad alta voce le istruzioni sottolineando l'importanza di considerare attentamente le varie possibili risposte e di rispondere con sincerità, di seguito il soggetto ha proceduto alla compilazione dei 150 item. Nei pochissimi casi in cui si sono verificate difficoltà di

lettura per limitate capacità individuali o per stanchezza, è stata offerta la lettura di ogni singolo item. In ogni caso sono state spiegate parole non familiari o lessico non conosciuto, evitando di applicare connotazioni positive o negative alle spiegazioni. Al termine della compilazione della scala è stato consigliato di dare una scorsa rapida al protocollo per verificare la completezza delle risposte. Nel caso di omissioni, il somministrato è stato invitato ma non obbligato al completamento.

4. Contemporaneamente alla somministrazione dei questionario e del test ad ogni singolo soggetto, il genitore o i genitori –in separata sede- hanno proceduto all'autonoma compilazione di parte del questionario anamnestico, della scala WURS e della scala PSOC.
5. Al termine delle somministrazioni effettuate con il ragazzo o la ragazza, ci si è nuovamente riuniti insieme con i genitori per rispondere a eventuali richieste, per ricordare che il retest si sarebbe svolto a distanza di 8/9 mesi e per ribadire la possibilità di una restituzione individuale sugli esiti emersi.

I ragazzi hanno manifestato ampia disponibilità e cooperazione. Le famiglie hanno dimostrato nel complesso un'ottima rispondenza ed hanno espresso ampia collaborazione al fine di poter ricevere – anche attraverso questa occasione di ricerca clinica- ulteriori input finalizzati a migliorare la conoscenza di aspetti che attengono alla situazione patologica del figlio o della figlia, e che potrebbero offrire ulteriori strumenti di comprensione di fronte ad una realtà che in molti casi si rivela complessa e di difficile gestione nella quotidianità.

La seconda fase: selezione, reclutamento e somministrazione dei test al campione di controllo

E' stato possibile comporre il gruppo di controllo soltanto nel momento in cui il gruppo clinico è stato individuato, definito, arruolato e testato. Solo alla luce di queste evidenze certe è stata definitivamente stabilita la tipologia quantitativa e qualitativa dei soggetti eleggibili per il campione di controllo,

per il cui reclutamento si sono considerati dei criteri di omogeneizzazione rispetto al gruppo clinico.

Il campione di controllo è stato reclutato presso l'Istituto Comprensivo Divisione Julia di Trieste. A tale scopo in primis è stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione da parte del Dirigente scolastico. Di seguito è stata richiesta ai genitori la partecipazione dei loro figli alla ricerca, nonché la loro collaborazione attraverso una lettera d'invito del Dirigente scolastico, una lettera di presentazione della ricerca (a firma del medico tutor del Burlo e della dottoranda), una scheda informativa sintetica ma dettagliata del progetto di ricerca ed il modulo di consenso informato. E' stata inoltre offerta dal Dott. Skabar e dalla dottoranda la possibilità di un incontro pomeridiano finalizzato ad esplicitare ulteriormente natura e finalità della ricerca, nonché a rispondere ad eventuali quesiti o richieste. Con ogni docente delle classi selezionate si sono avuti incontri e contatti telefonici per le spiegazioni preliminari riferite allo studio. Tutto ha dovuto inserirsi armonicamente nelle attività didattiche ed educative curricolari. La rispondenza è stata molto buona ma per ragioni strettamente numeriche (il numero delle femmine aderenti era sovrabbondante, mentre quello dei maschi era in difetto) è stato necessario effettuare una seconda procedura di reclutamento in altre classi, ricalcando la prassi seguita in precedenza. Al termine di questo iter complesso nelle dinamiche organizzative e nelle tempistiche, il campione di controllo effettivamente reclutato e testato è stato di 91 unità, interessando alunni appartenenti a 3 classi di scuola primaria e a 6 classi di scuola secondaria di 1°.

Per attenersi ai criteri di inclusione/esclusione definiti in precedenza e soprattutto per rispondere ai criteri di omogeneizzazione precisati rispetto al gruppo clinico, il campione ha successivamente subito una riduzione da 91 a 60 unità. (E' stato comunque effettuato lo scoring di tutti i questionari per poter offrire ai docenti che hanno collaborato e partecipato alla ricerca una restituzione riferita all'andamento generale della loro classe).

Il reclutamento e la somministrazione del materiale testistico ai soggetti del campione di controllo ha occupato un arco temporale di circa due mesi ed ha

avuto un iter articolato e complesso che di seguito viene descritto sinteticamente.

- A. In ciascuna delle 9 classi è stato fissato un primo incontro per la presentazione personale ed un breve colloquio con gli allievi ed il docente nella loro aula di appartenenza. In tale sede è stato spiegato lo scopo dello studio, sono state offerte informazioni circa contenuti e tempi della seduta di somministrazione dei test e risposte alle domande poste. In detto incontro sono stati consegnati, per il tramite del docente di classe, lettera d'invito del Dirigente scolastico, lettera di presentazione della ricerca, scheda informativa del progetto di ricerca e modulo di consenso informato da consegnare alle famiglie. Sono stati inoltre consegnati per la compilazione da parte dei genitori, il questionario sul Senso di Competenza Genitoriale, (modulo PSOC Padre e PSOC Madre).
- B. Il secondo incontro in ciascuna classe è stato finalizzato a recuperare le adesioni ricevute dalle famiglie, che con sottoscrizione del consenso informato hanno autorizzato i figli a partecipare alla ricerca. Sono stati recuperati i questionari compilati dai genitori ed è stato definito giorno ed orario per la somministrazione dei test ai ragazzi.
- C. Il terzo momento, in ciascuna delle 9 classi, è stato dedicato alla somministrazione del Questionario di attribuzione e del questionario TMA, test multidimensionale dell'autostima ai ragazzi e alle ragazze individuati per il campione clinico. Gli incontri di somministrazione realizzati per gruppi di allievi si sono tenuti in un'aula libera della scuola ed in un orario confacente ai vari professori. Per questo è stata necessario programmare con i singoli docenti e con un docente collaboratore, un planning degli incontri con la definizione di tempi e spazi. Sono stati quindi realizzati complessivamente 15 incontri di somministrazione dei test ai vari gruppi di alunni afferenti al campione di controllo. Ognuno degli incontri ha avuto una durata media di circa 60 minuti. Le procedure di somministrazione hanno seguito le

modalità già utilizzate per il gruppo clinico secondo la metodica precedentemente descritta ai punti 2 e 3.

- D. Al termine delle somministrazioni effettuate con i distinti gruppi di allievi, ci si è nuovamente riuniti insieme con i docenti di riferimento nelle classi per rispondere a eventuali richieste e ricordare che il retest si sarebbe svolto a distanza di 8/9 mesi. Ad ogni professore ed ai ragazzi è stata offerta la possibilità di ricevere, dopo analisi ed interpretazione dei dati, una restituzione complessiva sugli esiti emersi.

Complessivamente la rispondenza degli alunni è stata estremamente positiva, esprimendosi attraverso entusiasmo e cooperazione. I ragazzi e le ragazze hanno più volte ribadito la soddisfazione di poter offrire un loro personale contributo attraverso prove non finalizzate a misurare delle performance disciplinari o di contenuto appreso. I docenti coinvolti nelle dinamiche della ricerca hanno dimostrato un'ottima rispondenza, ampia flessibilità e decisa collaborazione. La partecipazione delle famiglie, anche se in questo caso indiretta, è stata decisamente buona, poiché sono stati pochi i casi di esplicita non adesione a fronte di una netta e alta prevalenza di consensi.

La terza fase: la tabulazione dei dati

Sono stati tabulati i dati riferiti a:

- questionario anamnestico,
- TMA, test multidimensionale dell'autostima,
- Questionario di attribuzione,
- Questionario sul Senso di Competenza Genitoriale, PSOC (P = padre; M = madre)
- Questionario WURS per ADHD (P = padre; M = madre)

Tutti i dati raccolti dalle somministrazioni dei questionari e dei test sono stati tabulati in modalità excel secondo la quantificazione di seguito riportata.

	SOGGETTI	QUEST ANAMN. 52 item	TEST						TOTALI
			TMA 150 item	ATT 24 item	PSOC P 16 item	PSOC M 16 item	WURS P 25 item	WURS M 25 item	
GRUPPO CLINICO	30	31	30	30	18	28	18	28	182
GRUPPO CONTROLLO	60	-----	60	60	52	56	-----	-----	228
Totali	90	31	90	90	70	84	18	28	410
Item tot		1.612	13.500	2.160	1.120	1.344	450	700	20.886

Tabella 6.5: sintesi delle somministrazioni tabulate

La quarta e quinta fase: l'analisi statistica e l'interpretazione dei dati

I due momenti hanno previsto l'analisi dei dati emersi dai differenti strumenti psicometrici al fine di: verificare i livelli di autostima e gli stili di attribuzione del gruppo clinico e del gruppo di controllo. Ci si è appoggiati al servizio epidemiologico dell'IRCCS Burlo Garofalo e al supporto offerto dal Dott. Ronfani, con il quale sono intercorsi numerosi contatti e colloqui al fine di esaminare analiticamente rispetto alle evidenze emerse e di procedere a estrapolare i dati significativi in termini statistici e rilevanti in termini di ricerca.

La sesta fase: il retest (T2)

La sesta fase è stata dedicata al re-test dei bambini/ragazzi appartenenti al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo. Al T2 gli strumenti psicometrici sono stati nuovamente somministrati a distanza di un anno ai ragazzi con ADHD e ai coetanei. Al follow-up a 12 mesi sono stati coinvolti gli stessi bambini e ragazzi che hanno partecipato alla prima fase testistica, seguendo i protocolli di somministrazione previsti ed utilizzati precedentemente. E' stato profuso un intenso sforzo organizzativo e relazionale per assicurare la completa operazione di retest a tutti i soggetti reclutati al T1.

La settima e ottava fase: tabulazione, analisi e interpretazione del retest e confronto test/retest

Sono stati tabulati i dati relativi alla seconda somministrazione testistica sui bambini e ragazzi. L'analisi statistica è stata effettuata grazie alla collaborazione della Dott.ssa Montico del servizio epidemiologico dell'IRCCS

Burlo Garofalo. L'analisi e la comparazione delle evidenze emerse tra i dati del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo al T1 e al T2, si è accompagnata al completamento dell'analisi e dell'interpretazione dei dati raccolti con gli adulti e finalizzati a verificare il senso di competenza genitoriale espresso dai due campioni, verificare la presenza di un pregresso ADHD nei genitori del gruppo clinico ed infine esaminare caratteristiche del contesto socio-familiare dei ragazzi con ADHD.

CAPITOLO 7: la fase propedeutica: lo studio territoriale

La fase propedeutica della ricerca ha previsto una ricognizione riferita a quantità e distribuzione del fenomeno relativo agli alunni con ADHD presenti nelle scuole primarie e secondarie di 1° della Provincia di Trieste.

7.1 Il questionario di rilevamento quantitativo sugli alunni ADHD nella provincia di Trieste

E' stato approntato un agile strumento in grado di tracciare diffusione e frequenza del numero di alunni certificati con disturbo di attenzione/iperattività. Un focus più dettagliato è stato rivolto agli allievi che vanno dalla V classe primaria alla classe III della secondaria di 1°, al fine di individuare dati significativi in relazione a trasferimenti, bocciature e fenomeni di evasione scolastica degli iscritti, comparando i dati tra popolazione di cittadinanza italiana, popolazione di cittadinanza non italiana e popolazione con diagnosi di ADHD rispettivamente di cittadinanza italiana e non italiana.

Di seguito si riporta una sintesi dello strumento (distinto in tabella A e tabella B), che evidenzia gli indicatori individuati.

Tabella A

	ALUNNI ISCRITTI (prim. e second.)	DI CUI STRANIERI	ALUNNI ISCRITTI CON DIAGNOSI ADHD	DI CUI ALUNNI STRANIERI CON DIAGNOSI ADHD
A.S. 2012-13				
A.S. 2013-14				

Tabella B

Anno scolastico	Classe	ALUNNI ISCRITTI (prim. e second.)						DI CUI STRANIERI						ALUNNI ISCRITTI CON DIAGNOSI ADHD						DI CUI ALUNNI STRANIERI CON DIAGNOSI ADHD					
		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²				
							D	C Z						D	C Z						D	C Z			
a.s.	V																								
	I																								
	II																								
	III																								

1 trasferimenti in corso d'anno verso altre scuole/classi

2 compilare nei casi in cui si verificano situazioni di dispersione o evasione scolastica utilizzando le seguenti sigle con relativa indicazione quantitativa

D= dispersione ossia assenze frequenti o tali da compromettere l'annualità

NC= non conclusione del percorso scolastico (valido solo per alunni che non concludono il percorso canonico presso la scuola)

Tabella 7.1: strumento di rilevamento

Nello specifico la tabella di seguito riportata presenta la sintesi degli I. C. che hanno aderito all'indagine e la popolazione scolastica degli ultimi due anni scolastici monitorata ai fini della ricerca.

ISTITUTO COMPRESIVO	SCUOLA/E PRIMARIA/E	SCUOLA SECONDARIA	ISCRITTI 2012-13	ISCRITTI 2013-14
I. C. Divisione Julia	1	1	810	834
I. C. Marco Polo	2	1	754	774
I. C. Dante Alighieri	2	1	875	902
I. C. Campi Elisi	1	1	980	940
I. C. Bergamas	2	1	707	685
I. C. Weiss	2	1	701	744
I. C. Italo Svevo	4	1	854	878
I. C. S. Giovanni	3	1	818	826
I. C. Iqbal Masih	2	1	697	695
I. C. V. Commerciale	2	1	736	761
I. C. Lucio, Muggia	3	1	629	645
I. C. Valmaura	3	1	771	785
I. C. Rilke, Duino Aur.	2	1	173	187
I. C. Altipiano	4	1	832	813
14	33	14	10.337	10.469

Tabella 7.2: scuole e studenti che hanno aderito allo studio

I. C. esclusi per dati incompleti:

I. C. Roiano-Gretta	2	2	909	876
I. C. Roli	4	1	899	897
2	6	3	1.808	1.773

Tabella 7.3: scuole che non hanno aderito allo studio

Le istituzioni scolastiche che hanno aderito e fornito in modo esaustivo i dati richiesti -come si evince dalla prima tabella- sono state globalmente 14, con un coinvolgimento di 33 scuole primarie e 14 scuole secondarie di 1°, per una popolazione studentesca pari a 10.337 unità per l'a.s. 2012-13 e di 10.469 unità per l'a.s. 2013-14. Due istituzioni scolastiche hanno offerto i dati in maniera solo parziale e pertanto gli stessi non verranno inclusi nell'indagine esplorativa della ricerca, poiché i valori non possono essere comparati con la popolazione generale o i casi diagnosticati.

7.2 I dati

Di seguito vengono riportate le tabelle che raccolgono i dati complessivi rilevati nei 14 Istituti Comprensivi che hanno aderito e collaborato compiutamente all'indagine.

Tabella A

	ALUNNI ISCRITTI (prim. e second.)	DI CUI STRANIERI	ALUNNI ISCRITTI CON DIAGNOSI ADHD	DI CUI ALUNNI STRANIERI CON DIAGNOSI ADHD
A.S. 2012-13	10.337	1250	33	2
A.S. 2013-14	10.469	1263	40	4

Tabella B

		ALUNNI ISCRITTI (prim. e second.)							DI CUI STRANIERI						
		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²	
							D	NC						D	NC
a.s.12-13	V	623	583	1206	5	6	0	0	59	36	146	6	3	0	0
	I	851	822	1673	35	90	4	3	99	82	192	5	22	3	1
	II	846	820	1666	28	83	0	3	9	66	167	7	16	0	0
	III	875	798	1673	42	93	7	3	81	90	180	16	14	6	1
	TOT	3195	3023	6218	110	272	11	9	330	301	685	34	55	9	2
a.s.13-14	V	628	596	1224	12	4	0	1	59	67	149	6	1	0	0
	I	835	751	1586	27	101	5	0	85	84	167	13	31	4	0
	II	791	754	1545	34	82	3	1	78	84	174	10	21	1	0
	III	776	788	1564	25	89	13	3	83	73	162	9	16	2	0
	TOT	3030	2889	5919	98	276	21	5	305	308	352	38	69	7	0

		ALUNNI ISCRITTI CON DIAGNOSI ADHD							DI CUI ALUNNI STRANIERI CON DIAGNOSI ADHD						
		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²		M	F	TOT	TRASFERIMENTI ¹	BOCCIATURA	EVASIONE SCOLASTICA ²	
							D	NC						D	NC
a.s.12-13	V	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	I	7	0	7	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	II	7	1	8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	III	4	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOT	20	3	23	1	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0
a.s.13-14	V	4	0	4	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	I	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	II	9	0	9	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0
	III	9	1	10	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	TOT	27	1	28	2	1	0	0	3	0	3	0	1	0	0

Tabella 7.4: dati rilevati dallo studio territoriale

7.3 Analisi e interpretazione (Tabella A)

In riferimento alla tabella A, si evince che il **numero di alunni con diagnosi di ADHD** nella Provincia di Trieste è risultato pari a 33 per l'a.s. 2012-13 a fronte di una popolazione scolastica complessiva di 10.337 unità, e pari a 40 per l'a.s. 2013-14 a fronte di 10.469 iscritti.

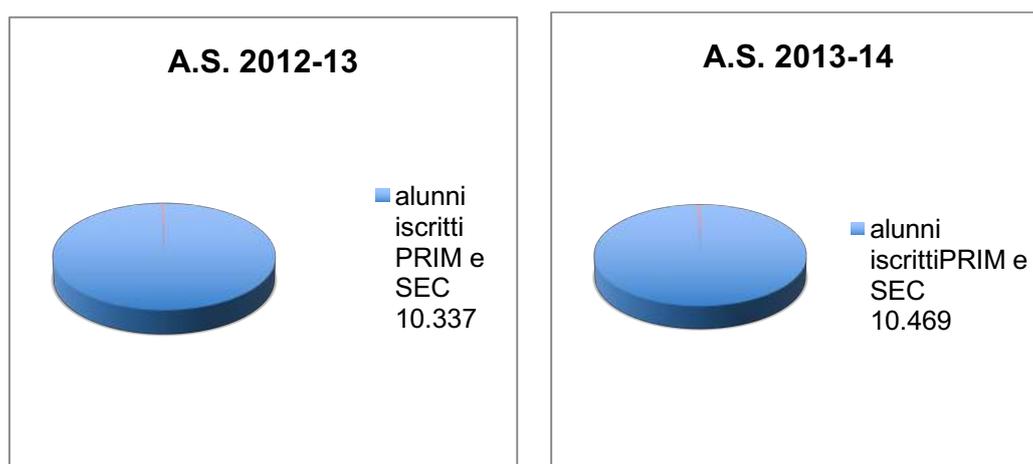


Grafico 7.1: alunni diagnosticati e popolazione generale

Nei 2 anni scolastici presi in considerazione le percentuali di alunni diagnosticati sono rispettivamente dello 0,319% e dello 0,382% in rapporto alla popolazione scolastica iscritta, andando da un valore minimo di diagnosi di 0 a uno massimo di 7 per singolo I. C..

La quota in percentuale di alunni diagnosticati appare significativamente inferiore a quelle indicate in letteratura (cfr. §1.8). A livello internazionale il DSM-5 (2013) stabilisce come valore percentuale il 5%, in precedenza Barkley (2006) aveva indicato come valori il 5-7%. A livello nazionale Cornoldi e Mazzocchi (2000) hanno stimato in 4% la percentuale di popolazione con ADHD. Per quanto i dati citati si riferiscano all'intera popolazione e non esclusivamente a quella scolarizzata nella scuola di base, ci pare che il gap tra tali dati in percentuale e quelli da noi rilevati sia comunque ampio. Tuttavia, facendo riferimento alla popolazione scolastica lanes, Marzocchi & Sanna (2009) indicano una prevalenza oscillante tra il 3 e il 5% ed anche in questo caso le evidenze da noi raccolte si situano in difetto.

Facendo invece riferimento esclusivo alla popolazione pediatrica, un recente studio (Reale et al. 2014) condotto sulle attività del Registro ADHD della Regione Lombardia indica che *“le stime variano molto non soltanto tra aree geografiche ma all’interno di una stessa area geografica o paese. In Italia, in particolare, la prevalenza varia dall’1% della popolazione di età compresa tra 6-17 anni, in accordo con l’extrapolazione dei dati dal Registro Nazionale ADHD riferiti alla regione Lombardia, al 3% stimata in un campione di circa 6000 bambini e adolescenti (5-15 anni) mediante screening nelle scuole elementari e medie della città di Siracusa e successiva valutazione clinica strutturata.”* (Reale et al. 2014, p.199) Lo studio condotto da Reale e colleghi (2014) su pazienti con ADHD di età compresa tra i 5 e i 17 anni, che vivono in regione Lombardia, ha individuato 4200 casi, pari a una prevalenza del 3.51%. La medesima ricerca sottolinea come la variabilità dei tassi di prevalenza sia da imputare a una eterogenea modalità di valutazione diagnostica utilizzata negli studi.

I dati di questa ricerca sono tuttavia in continuità con quanto già indicato da Maschietto in uno studio del 2012 condotto su di un campione rappresentativo della popolazione pediatrica italiana, che ha individuato una prevalenza di ADHD pari a 1,2%, a fronte di un 2% in Francia e di un 5% in Regno Unito. Lo stesso autore conclude che: *“La prevalenza di ADHD osservata corrisponde a quella attesa in base agli studi condotti in Italia ma è da due a quattro volte inferiore rispetto a quella osservata in altri paesi europei ed extraeuropei (...). Queste differenze possono essere spiegate da differenti ragioni ad esempio il modo i cui viene effettuata la diagnosi e chi la effettua (medico generico, pediatra, neuropsichiatra), l’efficienza e la capillarità della rete del servizio sanitario pubblico, l’attitudine a assumere farmaci psicotropi, l’efficacia del trattamento comportamentale, l’offerta di opzioni terapeutiche.”* (Maschietto et al., 2012, p. 4)

Se dalla dimensione internazionale e nazionale passiamo a un focus ancora più ristretto riferito alla Regione Friuli Venezia Giulia, uno studio condotto nel 2003 (Besoli, Venier, 2003) ci permette di comparare i nostri dati provinciali con le stime regionali. La ricerca regionale ha coinvolto i Servizi pediatrici e

di Salute Mentale interessando una popolazione di 64.800 individui, di età compresa tra 0-14 anni, rispetto a cui sono stati rilevati 280 casi di ADHD, con una prevalenza pari allo 0,43%. Anche in questo caso le percentuali provinciali da noi rilevate (0,319% e 0,382%) riferite alla fascia d'età 9-14 risultano di poco inferiori.

Volendo attribuire un significato a questi dati e cercando una possibile spiegazione per il ridotto numero di diagnosi rilevate nella nostra indagine rispetto ai dati internazionali, nazionali e regionali possiamo formulare alcune ragionevoli ipotesi.

- La non chiara conoscenza del disturbo da parte delle famiglie di alunni scolarizzati, che conseguentemente non afferiscono ai servizi per la valutazione diagnostica;
- La “resistenza” da parte delle famiglie a contattare, su consiglio della scuola, personale medico-specialistico, poiché non consapevoli della reale criticità della situazione (spesso attribuita a cause esterne o alla scuola stessa), o perché non ancora in grado di assumere e affrontare la situazione problematica del figlio o della figlia
- La mancanza di un'adeguata formazione iniziale e in servizio del personale docente relativamente alle tematiche dell'inclusione, con particolare riferimento ai BES ed attenzione specifica agli alunni con ADHD, mancanza che potrebbe compromettere una chiara valutazione di casi con disturbo di attenzione/iperattività ed un intervento precoce sugli stessi.
- I tempi estesi, ma necessari, che il personale docente utilizza per osservazioni sistematiche o occasionali e per prove atte a verificare se atteggiamenti, comportamenti, stili cognitivi e relazionali dell'alunno sono inscrivibili in un ordinario o temporaneo iter scolastico oppure da addurre a una sintomatologia che necessita di approfondimenti clinici e per i quali viene contattata la famiglia al fine di avviare il percorso di approfondimento del caso. Va detto che negli ultimi anni una normativa scolastica più puntuale (C.M. n. 4089/2010 Direttiva del

27/12/2012, C.M. n.8 del 6/03/2013) ha fornito un sostegno prezioso al lavoro scolastico. Tuttavia il supporto normativo richiede dei tempi per una fattiva ricaduta sulle modalità educativo-didattiche ed organizzative, cosa che si è e si sta a tutt'oggi espletando per fornire strategie e risposte sempre più adeguate in relazione alla personalizzazione dei percorsi degli alunni con ADHD ed in relazione al piano dell'offerta formativa proposto dalla scuola.

- I tempi necessari che vanno dall'insorgenza del disturbo alla sua effettiva presa in carico attraverso la diagnosi e i successivi trattamenti. Generalmente fino alla fine della II classe della scuola primaria l'intervento è concentrato su osservazioni, attività di supporto individuale sul bambino, raccordo e scambio con la famiglia. Se la situazione appare effettivamente problematica, in III elementare inizia l'iter per la valutazione diagnostica, che –a seconda delle risposte e della collaborazione della famiglia e a seconda dei tempi necessari alla struttura sanitaria- può richiedere alcuni mesi o anche più di un anno. In tal senso è plausibile che i primi casi con certificazione di ADHD si presentino in III-IV classe della scuola primaria, ma con situazioni più conclamate soprattutto in V e nelle successive classi della scuola secondaria di 1°.
- La diversità dei criteri diagnostici utilizzati e la diversa interpretazione dei sintomi del disturbo da parte dei clinici sono forse gli elementi che possono meglio spiegare la divergenza tra i dati locali e nazionali rispetto a quelli internazionali. I dati epidemiologici della patologia risultano discordanti e l'incidenza del disturbo varia se la diagnosi è stata realizzata a partire dalla classificazione del DSM 5, DSM-IV oppure sulla base dell'ICD-10. Nonostante le sovrapposizioni, le differenze tra i manuali DSM e ICD sono rilevanti e possono condurre a percentuali differenti di incidenza del disturbo. “Questo spiega, ad esempio, perché la frequenza del disturbo in Nord America, dove prevalentemente si utilizza il DSM-IV, sia superiore a quella europea dove prevale l'utilizzo dei criteri dell'ICD-10. (lanes et al. 2009) Le

considerazioni riferite alle differenze diagnostiche si ritrovano anche nel DSM-5, che -nel paragrafo dedicato a problemi diagnostici collegati a variazioni culturali- indica che le differenze nei tassi diagnostici sono da attribuire prevalentemente a differenti pratiche diagnostiche e metodologiche (DSM-5, 2013, p.62). In contesto

- italiano -ancora oggi e troppo spesso- i disturbi vengono interpretati come conseguenza di conflitti intrapsichici tra pulsioni/istanze diverse e la presenza di problematiche affettive e comportamentali. Ciò conduce a non riconoscere il disturbo in quanto tale ma a leggere le atipicità come un intralcio di sviluppo causato da interferenze ambientali negative.

In conclusione si può affermare che durante la fase propedeutica della ricerca il numero di bambini/ragazzi con diagnosi ADHD rilevati nella Provincia di Trieste, si è dimostrato decisamente ridotto rispetto alle stime internazionali riferite alla popolazione generale con ADHD (DSM-5, 2013; Barkley, 2006). Analogamente le percentuali da noi rilevate di alunni diagnosticati nella fascia d'età 6-14, pari a 0,319% e 0,382% risultano comunque inferiori all'1-3% (Reale et al. 2014) e all'1,2% (Maschietto, 2012) in riferimento al campione pediatrico italiano. Le percentuali sono di poco inferiori rispetto allo 0,43% individuato nell'ambito dello studio condotto in Regione Friuli Venezia Giulia (Besoli, 2003).

Ciò ci induce a pensare che ci sia una percentuale di soggetti che non si rivolgono all'attenzione clinica e non richiedono un intervento specialistico per questo disturbo. Si può supporre pertanto che resti un'area grigia di soggetti che non hanno una diagnosi ma presentano una sintomatologia riconducibile all'ADHD.

Un altro dato interessante che emerge dalla tabella A è quello riferito agli **alunni di cittadinanza non italiana con diagnosi di ADHD**. Vediamo la presenza di due casi diagnosticati nell'a.s. 2012-13 e di 4 nell'a.s. 2013-14. I numeri di alunni stranieri diagnosticati sono molto bassi per estrapolare dei

dati significati, tuttavia se compariamo i dati in percentuale degli alunni con nazionalità italiana e degli alunni di cittadinanza non italiana emerge quanto segue:

	iscritti PRIM/SEC	Iscritti stranieri PRIM/SEC	% stranieri PRIM/SEC	iscritti ADHD	% iscritti ADHD	stranieri ADHD	% stranieri ADHD
a.s.12-13	10.337	1250	12,092%	33	0,319%	2	0,160%
a.s.13-14	10.469	1263	12,064%	40	0,382%	4	0,317%

Tabella 7.5: alunni diagnosticati di cittadinanza non italiana

La percentuale di alunni stranieri con certificazione ADHD è decisamente inferiore a quello della popolazione italiana per quanto riguarda l'a.s. 2012-13, mentre i dati sono sostanzialmente omogenei per l'a.s. 2013-14. Gli stranieri con diagnosi sono duplicati da un anno all'altro ma i dati riferiti a solo due annualità non ci permettono di dire se la progressione possa corrispondere a un'incidenza annuale in crescita.

Non abbiamo per ora trovato nell'ambito della letteratura scientifica italiana degli studi che abbiano indagato la relazione tra individui di cittadinanza non italiana e ADHD.

7.4 Analisi e interpretazione (Tabella B)

La tabella B, prendendo in considerazione sempre due anni scolastici 2012-13 e 2013-14, ha focalizzato l'attenzione sugli alunni iscritti all'ultimo anno della scuola primaria e alle tre classi della scuola secondaria di 1°. Dalle evidenze emerse possiamo fare alcune considerazioni che di seguito riportiamo per ambiti.

1 La prima considerazione riguarda il **numero di alunni con diagnosi di ADHD nelle quattro annualità** indagate, come di seguito riportato in tabella:

A.S. 2012-13			A.S. 2013-14		
CLASSE	ADHD	%	CLASSE	ADHD	%
V	3	0,249%	V	4	0,327%
I	7	0,418%	I	5	0,315%
II	8	0,480%	II	9	0,583%
III	5	0,299%	III	10	0,639%
TOT	23	0,370%	TOT	28	0,473%
MEDIA ANNUALITA'		0,361%	MEDIA ANNUALITA'		0,466%

Tabella 7.6: alunni con diagnosi per classi scolastiche di frequenza

Comparando i due anni scolastici si evidenzia nell'a.s. 2013-14 un leggero incremento nel numero e nella percentuale delle diagnosi, come anche nella media annuale. La stessa annualità presenta, nelle classi che vanno dalla V alla III, anche una distribuzione crescente di alunni con diagnosi.

2 Un'altra osservazione che possiamo fare è relativa alla **distribuzione degli allievi diagnosticati nelle differenti classi della scuola di base**, comparando il numero complessivo di alunni diagnosticati nella totalità degli istituti comprensivi della Provincia di Trieste con il numero di diagnosticati riferito alle classi I-IV (primaria) e alle classi V-III (primaria e secondaria di 1°).

	TOT ADHD	ADHD I-II-III-IV	%	ADHD V-I-II-III	%
A.S.2012-13	33	10	30,303%	23	69,697%
A.S. 2013-14	40	12	30,000%	28	70,000%

Tabella 7.7: alunni con diagnosi per annualità scolastica

Si tratta in entrambi i casi di 4 annualità scolastiche (I-II-III-IV e V-I-II-III), da cui si evince che le diagnosi si collocano in prevalenza nella fascia di età e scolarizzazione corrispondente alla fine della scuola primaria e al triennio della scuola secondaria di 1°.

3 Proprio in questa fascia di età (10-14 anni), fascia di nostro interesse, un altro aspetto emergente e particolarmente significativo è quello relativo al **genere** degli alunni con diagnosi di ADHD.

ALUNNI CON DIAGNOSI ADHD (rispetto alla popolazione iscritta)						
	M	%	F	%	TOT	%
A.S. 2012-13	2	0,166%	1	0,083%	3	0,249%
	7	0,418%	0	0,000%	7	0,418%
	7	0,420%	1	0,060%	8	0,480%
	4	0,239%	1	0,060%	5	0,299%
	20	0,322%	3	0,048%	23	0,370%
A.S. 2013-14	4	0,327%	0	0,000%	4	0,327%
	5	0,315%	0	0,000%	5	0,315%
	9	0,583%	0	0,000%	9	0,583%
	9	0,575%	1	0,064%	10	0,639%
	27	0,456%	1	0,017%	28	0,473%

Tabella 7.8: alunni con diagnosi distinti per genere

I dati presenti in tabella appaiono chiari nello stabilire una netta prevalenza maschile su quella femminile.

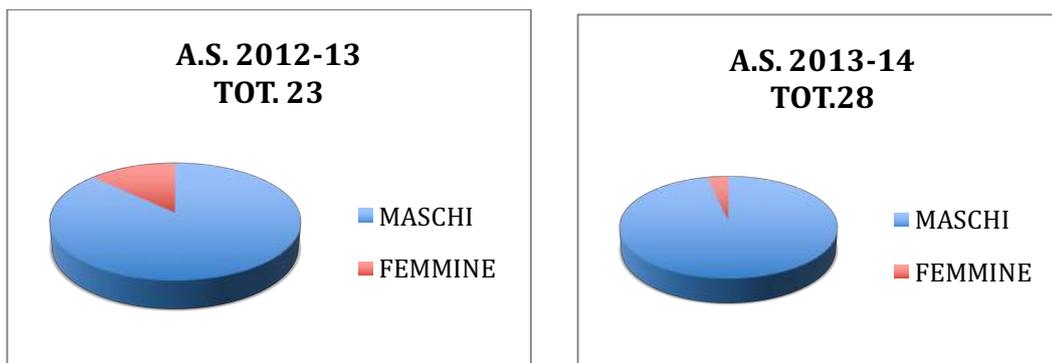


Grafico 7.2: alunni con diagnosi distinti per genere

Rispetto a quest'area tematica, in letteratura troviamo indicazioni diversificate. Il DSM-5 afferma che "L'ADHD è più frequente nei maschi che nelle femmine rispetto alla popolazione generale, con un rapporto di circa 2:1 nei bambini e 1.6:1 negli adulti" (DSM-5, 2013, p.63). E ancora: "Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è maggiormente presente tra i maschi rispetto alle femmine, secondo un rapporto che va da 3 a 9 maschi ogni femmina, a seconda delle ricerche" (Vio, Marzocchi, Offredi, 1999, p.17).

I dati raccolti nell'ambito della nostra ricerca confermano la prevalenza di casi maschili, tuttavia non rispettano le proporzioni tra i generi indicate in

letteratura, poiché nel nostro caso il rapporto tra i generi si configura rispettivamente in 8,7:1,3 per l'a.s. 2012-13 e in 9,6:0,4 per l'a.s. 2013-14.

Le evidenze emerse ci portano a ipotizzare differenti spiegazioni in merito.

- Il numero ridotto di femmine con ADHD potrebbe essere attribuibile al fatto che le stesse possono esibire minori sintomi d'impulsività e condotta deviante e manifestare un deficit più legato alla disattenzione, risultando così meno "visibili" per comportamenti problematici e/o disturbanti.
- L'influenza di un ritardato riconoscimento del disturbo di ADHD per le femmine è attribuibile a criteri diagnostici - che rimangono più appropriati per i maschi rispetto alle femmine- e ai modelli di rinvio genitore e insegnante, stimolati tramite i più evidenti e più problematici comportamenti maschili di ADHD. (Nadeau K.G, in Crawford N., 2003)

Tuttavia va segnalato che: "*Ragazze ADHD non trattate sono a rischio per bassa e cronica autostima, ansia, depressione, scarsa realizzazione, gravidanza precoce, fumo precoce durante la scuola media e il liceo,*" e che le stesse presenteranno forti problematicità anche in età adulta (Quinn & Nadeau, 1999; Crawford , 2003).

4 I dati riportata in tabella B ci permettono delle riflessioni su **allievi stranieri con diagnosi di ADHD** a partire dalla sintesi sottostante.

	TOT ADHD	ADHD STRANIERI	ADHD STR. I-II-III-IV	ADHD STR. V-I-II-III
A.S.2012-13	33	2	0	1
A.S. 2013-14	40	4	1	3

Tabella 7.9: alunni stranieri con diagnosi distinti per annualità scolastiche

Per quanto i numeri siano ridotti possiamo comunque affermare che -anche in questo caso, come per gli alunni italiani (cfr. punto 2)- le diagnosi degli allievi di cittadinanza non italiana si collocano prevalentemente nella fascia d'età 10-14.

Veniamo ora ad analizzare, grazie alla tabella B, gli elementi che forniscono indicazioni circa trasferimenti, bocciature e dati riferiti all'evasione scolastica.

Si tratta complessivamente di indicatori che afferiscono a fenomeni di dispersione scolastica, i quali sono stati scelti per la loro dimensione oggettiva, capace di essere espressa in termini quantitativi all'interno di un preciso intervallo di tempo (nella fattispecie i 2 anni scolastici in oggetto).

5 I trasferimenti, intesi come passaggio in corso d'anno verso altre scuole o classi a seguito di formale richiesta indirizzata al Dirigente scolastico supportata da fondate motivazioni, possono risultare utili indicatori. Nel nostro caso abbiamo solo riferimenti quantitativi e non esplicitazioni sulle origini e cause di tali scelte, che possono essere dettate da situazioni contingenti (cambi di residenza urbani, spostamenti in altre città o paesi, ecc.) quanto da malessere rispetto al contesto scolastico, agli apprendimenti, alla relazione con i pari o con i docenti, ecc. In quest'ultime circostanze i trasferimenti possono essere letti come cambiamenti dettati da un'insufficiente efficacia di risposte tra soggetti ed ambiente. Fatta questa premessa qui ci limiteremo alla lettura dei dati quantitativi a partire dalla sintesi di seguito riportata:

TRASFERIMENTI RISPETTO ALLA TOTALITA' DELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA									
	CL.	TRASFER. iscritti PRIM/SEC	%	TRASF. stranieri PRIM/SEC	%	TRAS. iscritti ADHD	%	TRASF. stranieri ADHD	%
a.s.12-13	V	5	0,415%	6	0,498%	1	0,083%	0	0,000%
	I	35	2,092%	5	0,299%	0	0,000%	0	0,000%
	II	28	1,681%	7	0,420%	0	0,000%	0	0,000%
	III	42	2,510%	16	0,956%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	110	1,769%	34	0,547%	1	0,016%	0	0,000%
a.s.13-14	V	12	0,980%	6	0,490%	0	0,000%	0	0,000%
	I	27	1,702%	13	0,820%	0	0,000%	0	0,000%
	II	34	2,201%	10	0,647%	1	0,065%	0	0,000%
	III	25	1,598%	9	0,575%	1	0,064%	0	0,000%
	TOT	98	1,656%	38	0,642%	2	0,034%	0	0,000%

Tabella 7.10: trasferimenti di alunni con diagnosi

Nello specifico in riferimento agli alunni con diagnosi di ADHD, sia italiani che di cittadinanza non italiana, i numeri e le relative percentuali ci portano a

concludere che non emergono dati tali da sostenere che i trasferimenti costituiscono una variabile sensibile per questi alunni. Anzi possiamo invece rilevare che gli allievi con diagnosi non sono soggetti ai trasferimenti o hanno tassi di trasferimento decisamente inferiori rispetto ai coetanei.

Se invece andiamo ad osservare specificatamente la realtà degli alunni con diagnosi, comparando i trasferimenti rispetto alla popolazione con ADHD emerge quanto segue:

TRASFERIMENTI RISPETTO ALLA TOTALITA' DELLA POPOLAZIONE ADHD						
	CL.		TRAS.		TRASF.	
	ADHD		ADHD	%	stranieri	%
					ADHD	
	V	3	1	33,333%	0	0,000%
	I	7	0	0,000%	0	0,000%
	II	8	0	0,000%	0	0,000%
	III	5	0	0,000%	0	0,000%
a.s.12-13	TOT	23	1	4,348%	0	0,000%
	V	4	0	0,000%	0	0,000%
	I	5	0	0,000%	0	0,000%
	II	9	1	11,111%	0	0,000%
	III	10	1	10,000%	0	0,000%
a.s.13-14	TOT	28	2	7,143%	0	0,000%

Tabella 7.11: % di trasferimenti di alunni con diagnosi

Anche in questo caso i dati non fanno emergere percentuali significative, per cui possiamo concludere che i trasferimenti non costituiscono una variabile sensibile nemmeno se letti all'interno della popolazione con diagnosi.

6 La bocciatura è la mancata promozione dell'alunno che alla fine di un anno scolastico non è ammesso alla classe successiva o non è ammesso all'esame di stato o non supera tale prova. E' certamente uno degli indicatori più radicali e evidenti di insuccesso scolastico e va certamente interpretato come un segnale forte di uno stato di malessere (Ghione, 2005). Nell'ambito della nostra ricerca i dati in riferimento a questo fenomeno sono i seguenti:

		ISCRITTI		ISCRITTI STRANIERI		ISCRITTI ADHD		ISCRITTI STRAN. ADHD	
		BOCC	%	BOCC	%	BOCC	%	BOCC	%
A.S.12-13	V	6	0,498%	3	0,249%	0	0,000%	0	0,000%
	I	90	5,380%	22	1,315%	0	0,000%	0	0,000%
	II	83	4,982%	16	0,960%	0	0,000%	0	0,000%
	II	93	5,559%	14	0,837%	1	0,060%	0	0,000%
	TOT	272	4,374%	55	0,885%	1	0,016%	0	0,000%
A.S.13-14	V	4	0,327%	1	0,082%	0	0,000%	0	0,000%
	I	101	6,368%	31	1,955%	0	0,000%	0	0,000%
	II	82	5,307%	21	1,359%	1	0,065%	1	0,065%
	III	89	5,691%	16	1,023%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	276	4,663%	69	1,166%	1	0,017%	1	0,017%

Tabella 7.12: bocciature di alunni con diagnosi

I soggetti con diagnosi o non presentano casi di bocciatura o -se li presentano- gli indici numerici e in percentuale sono estremamente ridotti. Questo ci induce a concludere che la variabile bocciatura non risulta essere un indicatore significativo di dispersione scolastica per i ragazzi con diagnosi di ADHD. Potremmo invece supporre che in considerazione delle difficoltà che gli stessi incontrano nel contesto scolastico sia a livello apprenditivo che relazionale, l'ammissione alle classi successive sia assicurata dalla messa in campo di azioni protettive quali strategie compensative/dispensative, supporto nella regolazione delle interazioni sociali e alleanza educativa con le famiglie, tutti elementi dichiarati e regolati attraverso il PDP, Piano Didattico Personalizzato. Questa ipotesi verrà verificata nella fase successiva della ricerca, quando ci sarà la valutazione dei questionari anamnestici dei ragazzi diagnosticati che potranno fornire indicazioni in merito.

7 Passiamo ora a valutare le evidenze emerse in riferimento alle **assenze** frequenti o tali da compromettere l'annualità (25% dei giorni del calendario scolastico per i frequentanti la scuola secondaria di 1°) e che nella tabella B si presentano nella colonna siglata con la lettera D. Va detto che in generale *“Le assenze ripetute sono uno degli indicatori specifici di disadattamento*

scolastico (...). Esse possono manifestarsi in varie forme: assenza di lungo periodo (assenteismo) dovute a problemi familiari o a malattie croniche e/o recidive; frequenza irregolare con assenze di breve e/o lungo periodo in cui la famiglia può o meno essere al corrente; interruzione di frequenza come esito terminale di una frequenza irregolare” (Ghione, 2005, pp. 27-28)

Quest’ultima accezione è quella che abbiamo tenuto in considerazione nell’ambito della nostra ricerca, poiché dato oggettivo che le scuole erano nella condizione di fornirci.

I dati emersi a tal proposito sono i seguenti:

D = Assenze tali da compromettere l’annualità scolastica	ISCRITTI		ISCRITTI STRANIERI		ISCRITTI ADHD		ISCRITTI STRAN. ADHD		
	D	%	D	%	D	%	D	%	
A.S.12-13	V	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	I	4	0,239%	3	0,179%	0	0,000%	0	0,000%
	II	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	II	7	0,418%	6	0,359%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	11	0,177%	9	0,145%	0	0,000%	0	0,000%
A.S.13-14	V	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	I	5	0,315%	4	0,252%	0	0,000%	0	0,000%
	II	3	0,194%	1	0,065%	0	0,000%	0	0,000%
	III	13	0,831%	2	0,128%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	21	0,355%	7	0,118%	0	0,000%	0	0,000%

Tabella 7.13: assenze di alunni con diagnosi

Le evidenze sono chiare nello stabilire che il fenomeno delle assenze sostenute non riguarda gli allievi con ADHD sia italiani sia di cittadinanza non italiana. Ciò ci porta a considerare che le assenze ripetute, connesse con i fenomeni di rifiuto della scuola, di disadattamento e di disinteresse scolastico, non possono essere considerate come una variabile significativa per gli alunni diagnosticati.

8 Nella tabella B, la sigla NC indica i casi di **non conclusione del percorso formativo canonico presso la scuola**, rispetto a cui è opportuno chiarire la distinzione tra obbligo scolastico e obbligo formativo.

L'obbligo scolastico concerne l'istruzione obbligatoria e gratuita per individui di età compresa tra i 6 e i 16 anni, **impartita per almeno 10 anni**, al fine di consentire il conseguimento di un titolo di studio di scuola secondaria superiore o di una qualifica professionale di durata almeno triennale entro il diciottesimo anno d'età (C.M. 30/12/2010, n. 101; D.M. 22/08/2007, n. 139; legge 27/12/2006, n. 296). Con il D.L.n.167 del 14 settembre 2011 (Testo Unico sull'apprendistato) si è stabilita, per i ragazzi che hanno compiuto i 15 anni di età, la possibilità di assolvere l'obbligo di istruzione anche tramite la stipula di un contratto di apprendistato per la qualifica e per il diploma professionale. Pertanto l'obbligo di istruzione si assolve frequentando il primo ciclo di istruzione (ossia i 5 anni di scuola primaria e i 3 anni di scuola secondaria di primo grado) ed i primi due anni delle scuole secondarie di secondo grado, oppure, alternativamente, frequentando percorsi di istruzione e formazione professionale realizzati da strutture formative accreditate dalle Regioni o da un Istituto Professionale in regime di sussidiarietà.

L'obbligo formativo rappresenta il diritto e il dovere di frequentare attività di formazione fino ai 18 anni di età. (Legge 144 del 1999).

Nel nostro caso facciamo evidentemente riferimento all'obbligo scolastico, rispetto a cui i dati emersi sono raccolti nella tabella sottostante.

NC = non conclusione del percorso scolastico canonico		ISCRITTI		ISCRITTI STRANIERI		ISCRITTI ADHD		ISCRITTI STRAN. ADHD	
		NC	%	NC	%	NC	%	NC	%
A.S.12-13	V	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	I	3	0,179%	3	0,179%	0	0,000%	0	0,000%
	II	3	0,180%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	II	3	0,179%	6	0,359%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	9	0,145%	9	0,145%	0	0,000%	0	0,000%
A.S.13-14	V	1	0,082%	0	0,000%	0	0,000%	0	0,000%
	I	0	0,000%	4	0,252%	0	0,000%	0	0,000%
	II	1	0,065%	1	0,065%	0	0,000%	0	0,000%
	III	3	0,192%	2	0,128%	0	0,000%	0	0,000%
	TOT	5	0,084%	7	0,118%	0	0,000%	0	0,000%

Tabella 7.14: non assolvimento dell'obbligo formativo di alunni con diagnosi

Anche in questo caso gli alunni italiani e non, con diagnosi di ADHD, non presentano tassi di incidenza rispetto alla non conclusione canonica del percorso dell'obbligo scolastico e pertanto tale variabile non appare significativa ai fini di una possibile correlazione tra la stessa e gli allievi diagnosticati. Anche in questo caso è possibile ipotizzare che agiscano fattori protettivi che verranno indagati nel proseguo della ricerca.

CAPITOLO 8: l'analisi e l'interpretazione dei dati

8.1 L'analisi statistica

L'analisi dei dati emersi dai differenti questionari e test psicologici proposti al gruppo di ragazzi con ADHD, ai ragazzi del gruppo di controllo ed ai genitori di entrambi i campioni ha avuto lo scopo di:

- ✓ verificare i livelli di autostima del gruppo clinico e del gruppo di controllo,
- ✓ verificare gli stili di attribuzione del gruppo clinico e del gruppo di controllo,
- ✓ verificare la presenza di un pregresso ADHD nei genitori del gruppo clinico,
- ✓ verificare il senso della competenza genitoriale nel gruppo clinico e nel gruppo di controllo
- ✓ verificare caratteristiche del contesto socio-familiare dei ragazzi con ADHD e del gruppo di controllo.

Per quanto attiene gli strumenti psicometrici l'analisi statistica è stata effettuata in ottemperanza alle linee riportate in letteratura.

L'elaborazione statistica dei dati di ricerca è stata effettuata grazie alla collaborazione del Dott. Ronfani, Epidemiologo clinico dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste.

L'analisi statistica dello studio osservazionale trasversale con controllo ha utilizzato:

- per le variabili categoriche il test del Chi Quadrato di Pearson,
- per le variabili categoriche il test di Fischer,
- per le variabili continue il test non parametrico di Mann-Whitney

Le differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo sono state considerate statisticamente significative con $p < 0.05$.

8.2 Statistiche descrittive riferite al campione clinico

Il *questionario anamnestico* sulla situazione dell'alunno (cfr. all.2) ha permesso di rilevare una molteplicità di dati e di tracciare un quadro informativo dei 30 ragazzi con diagnosi di ADHD partecipanti alla ricerca, in 4 distinte aree d'indagine: personale/anagrafica, clinica, scolastica e ambientale.

Area anagrafica (domande 1-6)

Per quanto concerne il genere i soggetti reclutati del campione clinico presentano una netta prevalenza di maschi rispetto alle femmine, secondo un rapporto 4:1, in linea con quanto riportato nel DSM-5 (2013).

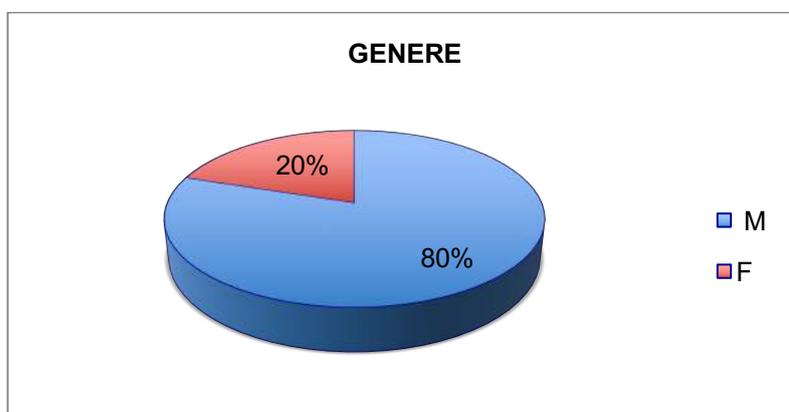


Grafico 8.1: campione clinico distinto per genere

Per quanto concerne l'età il range è di 11-14 aa, con un range interquartile di 12-13 aa, una mediana di 12 aa ed una media pari a 12,23 aa.

ETA'	Media	12,23
	Deviazione std.	,858

Tabella 8.1: età del campione clinico

Per quanto attiene alla cittadinanza si rileva nel campione una netta prevalenza di ragazzi di cittadinanza italiana pari al 96,7% vs 3,3 %.

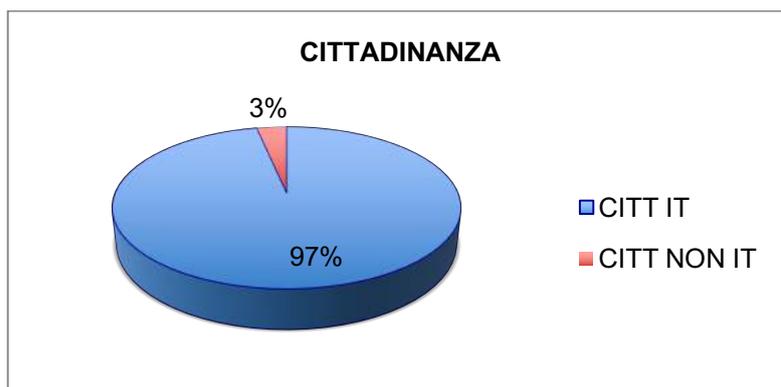


Grafico 8.2: campione clinico distinto per cittadinanza

Area clinica (domande 7-19):

i dati raccolti in riferimento alla tipologia della diagnosi di ADHD (ADHD-I ovvero sottotipo a prevalenza iperattiva/impulsiva, ADHD-D sottotipo a prevalenza disattentiva, ADHD-C sottotipo combinato) hanno mostrato che nel nostro campione clinico la prevalenza è dato dal sottotipo combinato.

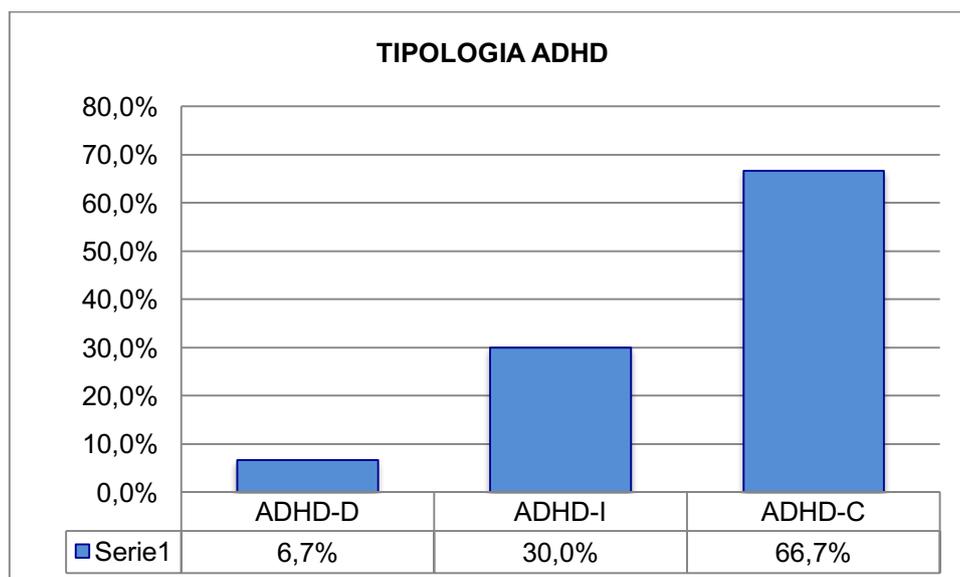


Grafico 8.3: tipologia di ADHD nel campione clinico

Le comorbilità si presentano nel 73,3% del campione, concordando con studi condotti in ambito nazionale (Ianes, 2009 comorbilità in oltre 75% di ADHD; Reale, 2014, 64% di comorbilità in studio territoriale Registro ADHD Lombardia). Le associazioni con altre sintomatologie interessano prevalentemente il Disturbo Oppositivo Provocatorio DOP (36,7%) e i

Disturbi Specifici dell'apprendimento DSA (33,3%) ed in maniera non rilevante i disturbi del comportamento DC (3,3%).

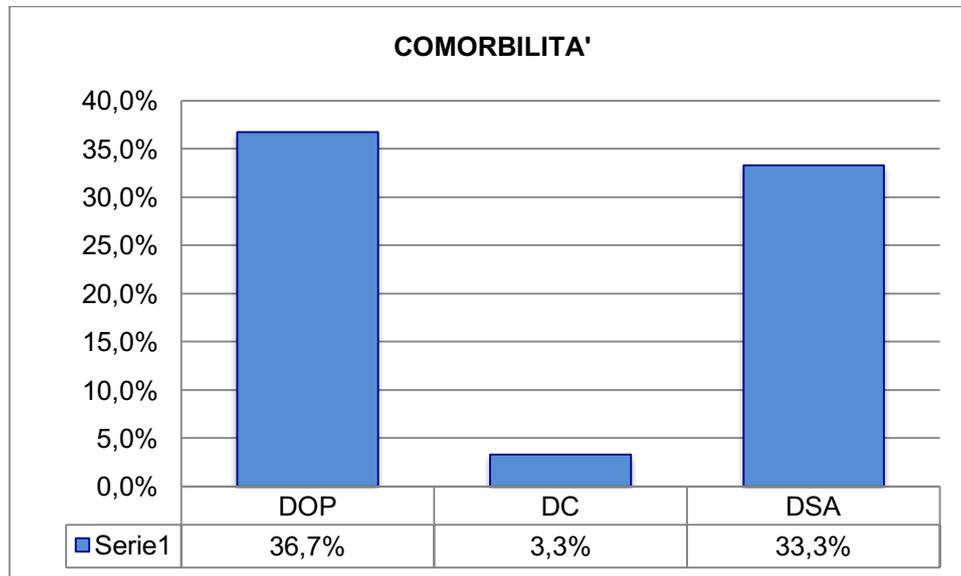


Grafico 8.4: comorbilità rilevate nel campione clinico

Per quanto concerne la terapia farmacologica il 50% del campione ha potuto usufruire di terapia con psicostimolanti (in corso o pregressa), mentre la presenza di altre eventuali terapie farmacologiche interessa il 13,3% del gruppo clinico.

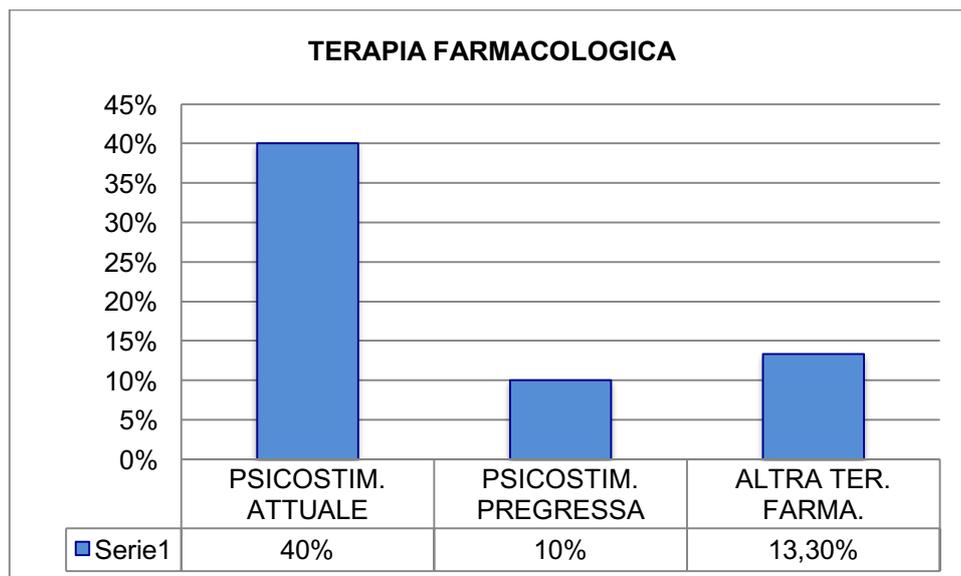


Grafico 8.5: terapia rilevata nel campione clinico

L'indagine condotta in relazione agli interventi non farmacologici, mostra che l'intervento metacognitivo si attesta al 30% e altre psicoterapie raggiungono il 36,7%. Solo il 16,7 dei genitori dei ragazzi con ADHD hanno seguito una terapia familiare o un parent training.

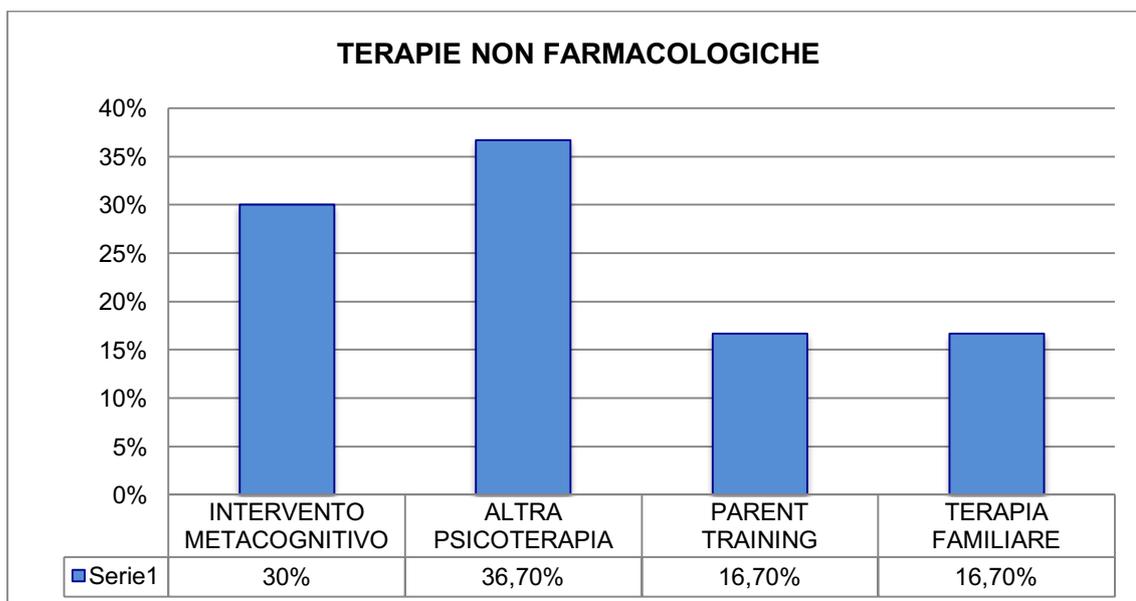


Grafico 8.6: trattamenti non farmacologici rilevati nel campione clinico

Area scolastica (dom. 20-28)

I 30 ragazzi del campione clinico appartengono a due ordini scolastici: per il 20% alla scuola primaria (6,7% IV, 13,3% V) e per l'80% alla scuola secondaria di 1° (33,3% I media, 46,7% II media).

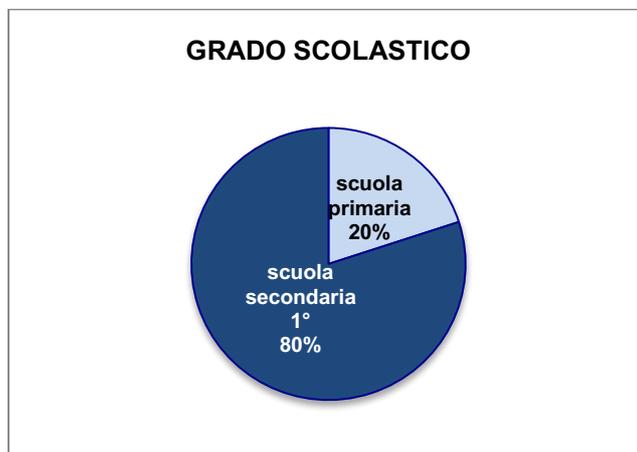


Grafico 8.7: grado scolastico frequentato dal campione clinico

Le tipologie di orario scolastico scelte dal campione sono differenziate e variano dal tempo corto (30 ore settimanali su 5 giorni), al tempo normale (30 ore distribuite su 6 giorni), al tempo prolungato (30 ore distribuite in 5 mattinate e rientri pomeridiani) e al tempo pieno (40 ore settimanali su 5 giorni con orario 8.00-16.00); quest'ultima offerta interessa quasi esclusivamente la scuola primaria nella realtà territoriale indagata.

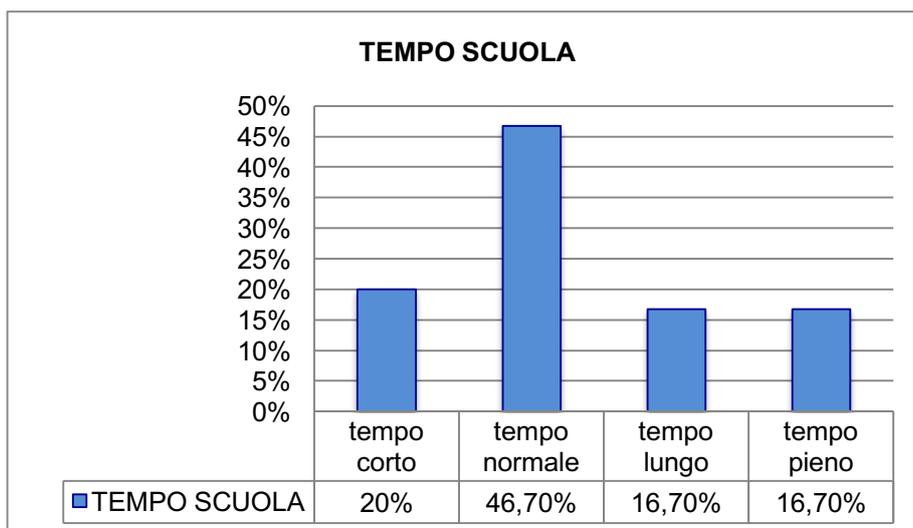


Grafico 8.8: tipologie di orario scolastico scelte dal campione clinico

Come si evince dal grafico la scelta che prevale interessa un tempo scuola di 30 ore distribuito nell'arco di 6 mattinate. Emerge che per questi alunni è preferibile evitare orari curricolari prolungati nella giornata o compattati nella settimana.

Il tasso di bocciature dei ragazzi con ADHD è del 16,7% nel campione esaminato. Nello studio territoriale (cfr. cap. 7, § 4, punto 6) sono emerse delle evidenze diverse. La popolazione di età compresa tra i 10-14 aa, età analoga a quella del nostro campione clinico, presenta dei livelli di bocciatura pari al 4,374% nell'a.s. 2012-13 e al 4,662% nell'a.s. 2013-14, con una media sulle due annualità del 4,518%. Da ciò si evince che i ragazzi con ADHD del gruppo clinico reclutato presso il Burlo presentano dei tassi d'incidenza delle bocciature decisamente superiori rispetto ai coetanei scolarizzati negli ordini scolastici di pari grado. Ciò ci induce a sostenere che la diagnosi non sempre è "protettiva" e che la mancata promozione può essere letta come un indicatore significativo di dispersione scolastica per gli alunni con deficit di disattenzione e iperattività/impulsività .

Le evidenze però emerse dallo studio territoriale sugli alunni iscritti con ADHD, ovvero quelli effettivamente inclusi nei monitoraggi scolastici, mostrano che i tassi di bocciatura degli stessi si attestano sullo 0,016% nell'a.s. 2012-13 e sullo 0,017% nell'a.s. 2013-14. Ciò contrasta con i numeri con cui ci siamo confrontati durante il reclutamento e con i dati desunti dal nostro studio sul campione clinico e ci porta conseguentemente a formulare delle ipotesi:

- il numero degli alunni ADHD rilevati nelle scuole è inferiore al numero di effettivi soggetti diagnosticati sul territorio e seguiti presso la SC dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste;
- una parte di minori con ADHD fruisce dei servizi clinici ma le famiglie non dichiarano alla scuola di appartenenza la situazione diagnostica del figlio o della figlia
- la rete tra famiglia/scuola/enti sanitari territoriali presenta delle interferenze o lacune comunicative che possono inficiare il corretto trattamento e la messa in atto di tutte le procedure e le strategie atte a

garantire i diritti e le peculiarità formative di questi alunni con bisogni educativi speciali.

Per quanto riguarda le assenze i 30 ragazzi del campione clinico presentano una media di 10,07 giorni in un'annualità scolastica, dato nella norma e non sostanziale per risultare un indicatore sensibile.

Interessanti sono invece i risultati emersi circa il PDP, il Piano Didattico Personalizzato che le scuole sono tenute ad attivare nel caso di alunni con BES, ovvero con Bisogni Educativi Speciali. Il PDP è la forma di documentazione dei percorsi didattici previsti per un singolo alunno e indica le attività di recupero individualizzato, le modalità didattiche personalizzate, nonché gli strumenti compensativi e le misure dispensative che sono esplicitate e formalizzate dalle istituzioni scolastiche di concerto con la famiglia. (All. al D.M. 5669 paragrafo 3.1) Nel caso del nostro campione clinico il 93,3% degli alunni fruisce di un PDP.

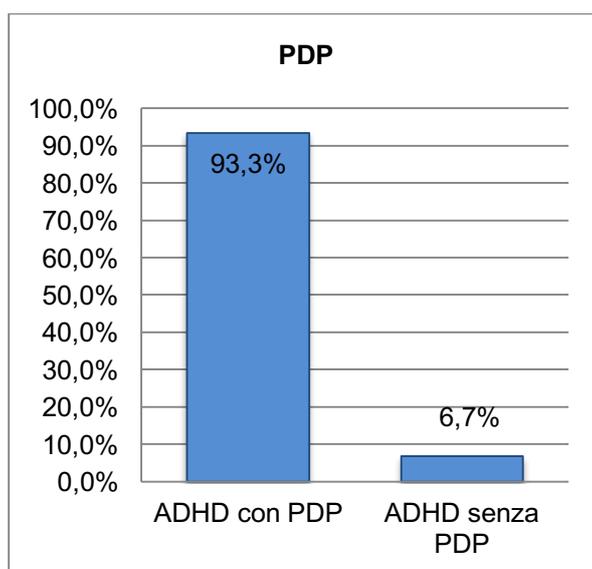


Grafico 8.9: piani didattici personalizzati per alunni del gruppo clinico

Ciò induce a formulare alcune considerazioni.

- Questo elemento può essere letto positivamente, testimonianza di una presa in carico sinergica tra scuola e famiglia dei soggetti con ADHD, nonché dimostrazione di una messa in atto di strumenti normativi volti ad agire sul piano dell'inclusione.

- Se il dato certo e positivo è l'attivazione del Piano Didattico Personalizzato per questi ragazzi con deficit attentivo e iperattività/impulsività, parallelamente e come condizione di criticità va segnalato il fatto che non ci sono elementi per pesare la reale, efficace ed efficiente applicazione di quanto effettivamente dichiarato nel piano. Sarebbero necessari procedimenti di monitoraggio e verifica dell'effettiva e produttiva applicazione dei PDP attraverso strumenti di misurazione qualitativa e quantitativa che allo stato attuale non sono in essere.
- Infine va segnalato -con una certa gravità- che il 6,7% di questi allievi non fruisce di un piano di personalizzazione didattica come previsto dalla normativa (C.M. Prot. n.1395 del 20/03/2012 e C.M. Prot. n.2213 del 19/04/2012). Ciò significa che non sono definiti principi, criteri ed indicazioni per una corretta determinazione di pratiche di inserimento, né di specifiche attività di facilitazione per i percorsi di apprendimento. Non sono quindi assicurati i diritti primari di questi ragazzi e viene meno una reale ed operativa politica educativa volta all'inclusione e alla costruzione di un apprendimento trasformativo.

Passando a considerare gli aspetti legati al supporto educativo-didattico per i ragazzi con ADHD del campione clinico emergono elementi di interesse circa la presenza di insegnanti di sostegno a scuola e di educatori di supporto in orario scolastico ed extrascolastico.

In ambito curricolare circa 1/3 gli alunni con ADHD del campione clinico fruisce della presenza di un docente di sostegno a scuola.

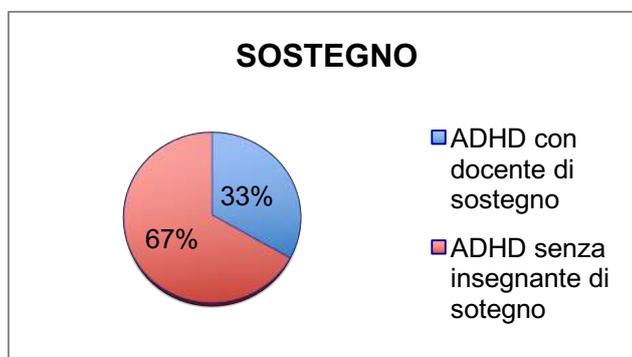


Grafico 8.10: supporto dell'insegnante di sostegno per alunni del gruppo clinico

Va detto che normalmente l'insegnante di sostegno è presente nella classe ove ci sia un alunno con certificazione di handicap (L. 104/1992) e pertanto i soggetti con diagnosi di ADHD non godono abitualmente di questa opzione di supporto didattico. Nondimeno, va segnalato che la *Direttiva Ministeriale sui Bisogni Educativi Speciali (27/12/2012)* al paragrafo 1.3 *Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e iperattività* recita: *"In alcuni casi il quadro clinico particolarmente grave –anche per la comorbilità con altre patologie– richiede l'assegnazione dell'insegnante di sostegno, come previsto dalla legge 104/92. Tuttavia, vi sono moltissimi ragazzi con ADHD che, in ragione della minore gravità del disturbo, non ottengono la certificazione di disabilità, ma hanno pari diritto a veder tutelato il loro successo formativo. Vi è quindi la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento."* La normativa scolastica è chiara: i casi severi di ADHD beneficiano del docente di sostegno, i casi meno gravi si appoggiano al PDP. Nel nostro campione clinico abbiamo visto che sono il 33% gli ADHD con docente di sostegno e il 93,3% quelli con un PDP. Se però incrociamo i dati vediamo che sono 10, ovvero il 33,3% gli alunni che dispongono contemporaneamente del PDP e della presenza di un insegnante di sostegno, mentre sono 18, ossia il 60% che sono accompagnati esclusivamente da un PDP, e 2 che non fruiscono di nessuna misura di accompagnamento. Quest'ultimi –il 6,6%– costituiscono una percentuale ridotta ma pur sempre sintomatica di allievi che, pur avendo una diagnosi, non sono sostenuti nel loro percorso formativo da strumenti o personale specializzato che possano supportare l'iter scolastico come previsto dalla normativa.

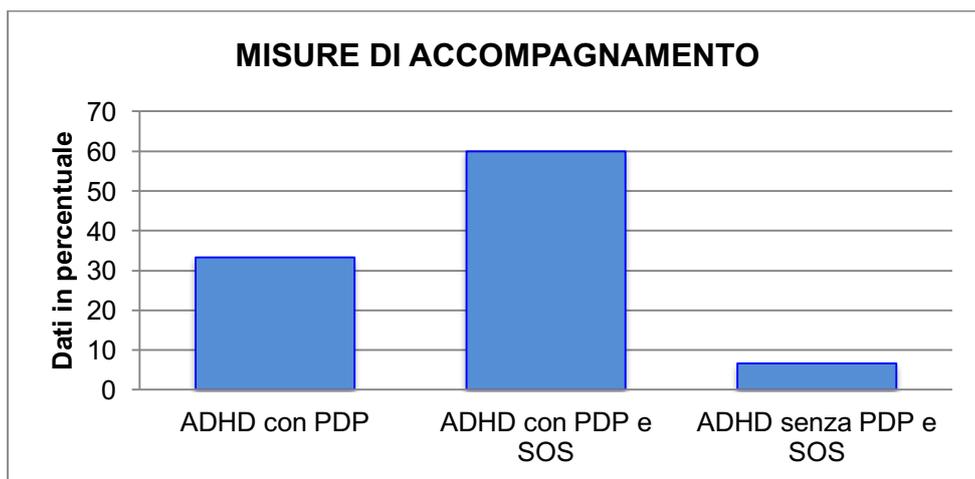


Grafico 8.11: misure di accompagnamento per gli alunni del campione clinico

Per quanto riguarda gli educatori, ovvero gli operatori che agiscono sul piano socio-educativo per favorire e sostenere l'integrazione scolastica di alunni diversamente abili o in situazioni di disagio, abbiamo evidenze diverse. Nel nostro campione clinico sono complessivamente 12 (40%) i ragazzi che sono supportati da un educatore. Nello specifico 6 alunni usufruiscono del supporto di un educatore in orario scolastico, con un media di 7,67 ore/settimanali, mentre 8 sono gli alunni che possono contare sull'aiuto di un educatore in orario extrascolastico, per 4,63 ore/settimanali. Tra questi, due alunni usufruiscono di entrambi i servizi.

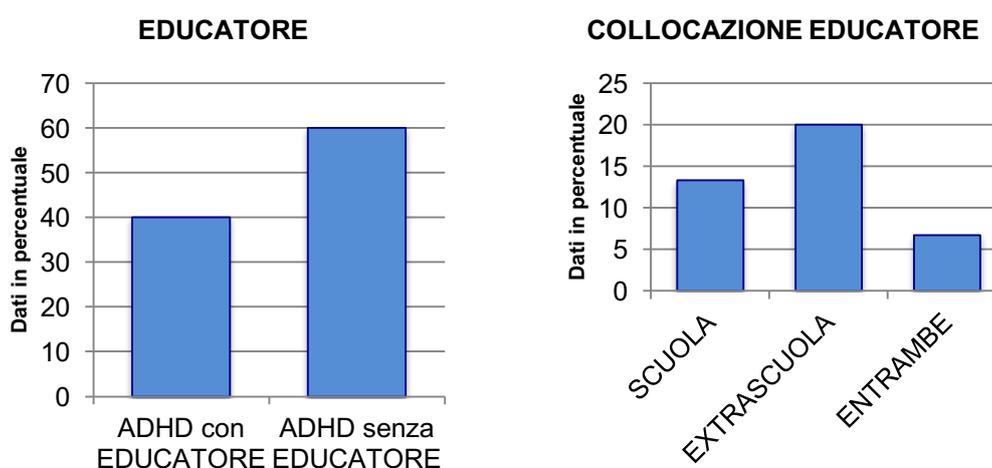


Grafico 8.12: supporto dell'educatore per gli alunni del gruppo clinico

I dati ci permettono di affermare che il supporto educativo non è presente per il 60% del nostro campione e che pertanto questa rappresenta un'area in cui si possono offrire a questi ragazzi delle opportunità di un supporto socio-educativo sia esso in orario scolastico che extrascolastico.

Area familiare (dom. 29-38)

Il campione clinico presenta una tipologia familiare variegata, ove prevale nettamente la famiglia nucleare rispetto alle coppie separate, separate-ricomposte o ai nuclei monoparentali.

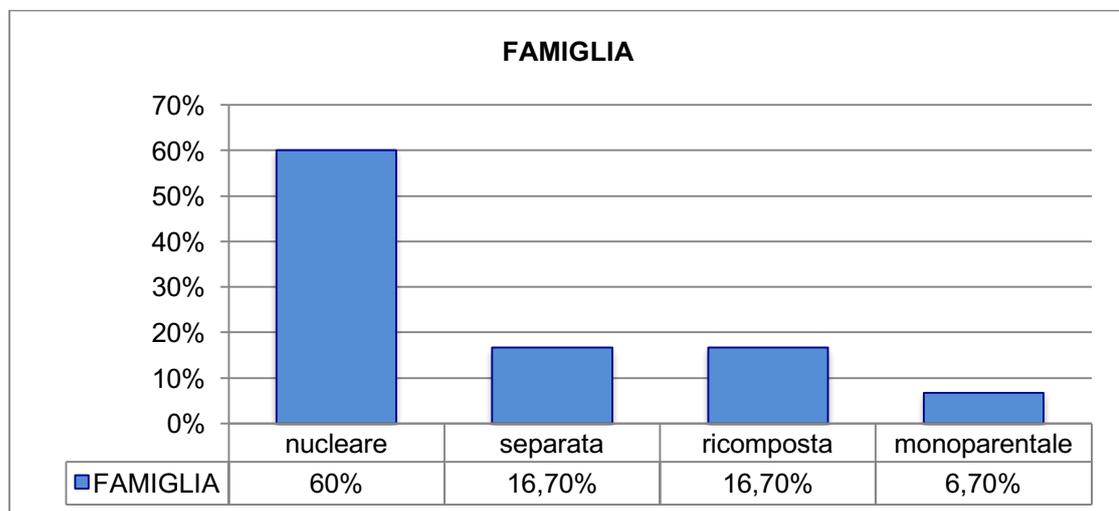


Grafico 8.13: tipologia familiare dei soggetti appartenenti al campione clinico

I dati specificatamente riferiti ai genitori ci offrono numerose indicazioni in riferimento all'età, alla lingua madre, alla formazione culturale e al profilo professionale dei padri e della madri. I dati raccolti si riferiscono alla completezza del campione, sono mancanti solo i valori riferiti a 3 padri deceduti.

L'età media delle madri corrisponde a 43,67 aa (da un minimo di 33 a un massimo di 52), mentre quella dei padri è di 49,19 aa (da un minimo di 38 a un massimo di 73).

ETA'	MADRI	PADRI
Media	43,67	49,19

Tabella 8.2: media dell'età dei genitori del campione clinico

Per quello che attiene alla lingua madre dei genitori del nostro campione clinico la prevalenza è data dalla lingua italiana, che è lingua materna per l'80% sia delle madri che dei padri.

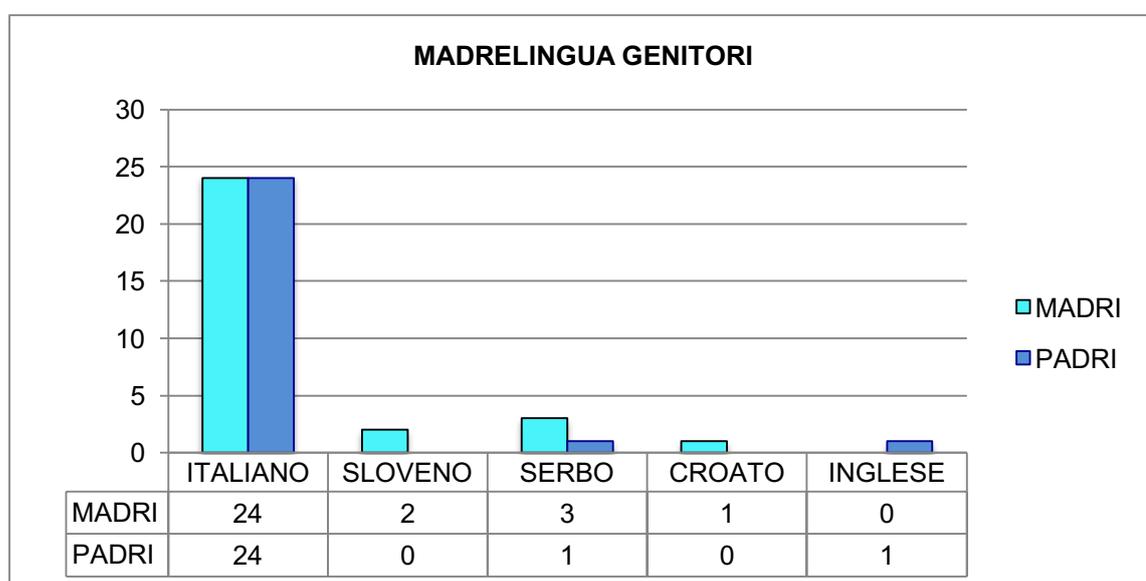


Grafico 8.14: lingua madre dei genitori del campione di controllo

Solo uno dei ragazzi con ADHD è di cittadinanza non italiana e quindi con genitori certamente stranieri, tuttavia l'esistenza di una realtà multilinguistica nella sfera genitoriale è da considerare alla luce della realtà territoriale bilingue e della presenza coppie miste.

I tassi di scolarizzazione (elementare, media, diploma, laurea) dei genitori sono variegati.

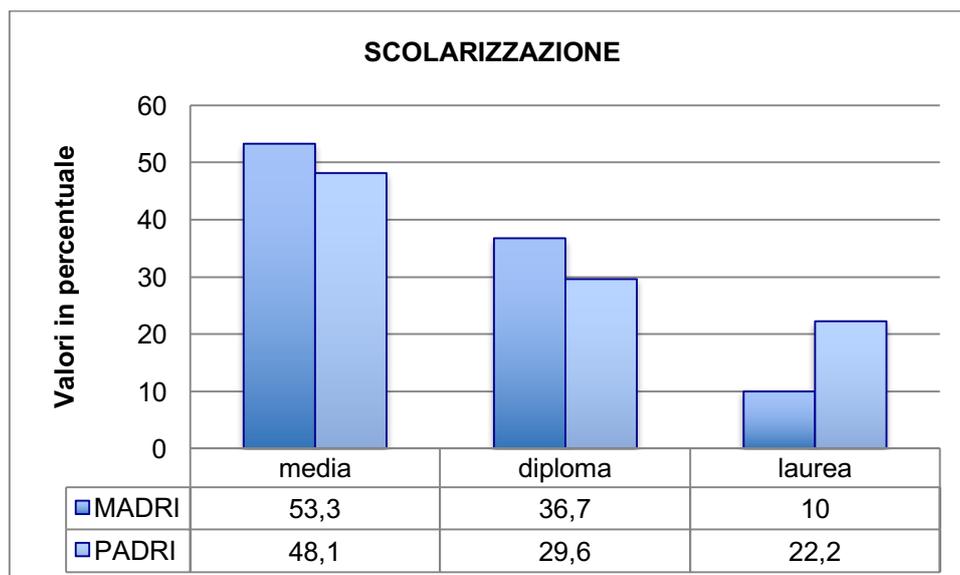


Grafico 8.15: scolarizzazione dei genitori del gruppo clinico

La metà del campione di padri e madri ha un titolo di studio medio, mentre l'altra metà ha un diploma (leggera prevalenza delle madri) o una laurea (prevalenza dei padri). Complessivamente si può affermare che il grado di scolarizzazione è medio-basso.

Per quanto riguarda la sfera professionale si è indagato il tipo di occupazione in cui sono impiegati i genitori che hanno potuto scegliere tra le seguenti opzioni: casalingo/a, disoccupato/a, pensionato/a, lavoratore/lavoratrice a bassa qualificazione, impiegato o dipendente con titolo medio, insegnante o dipendente laureato, libero professionista o imprenditore. Il quadro che emerge è il seguente:

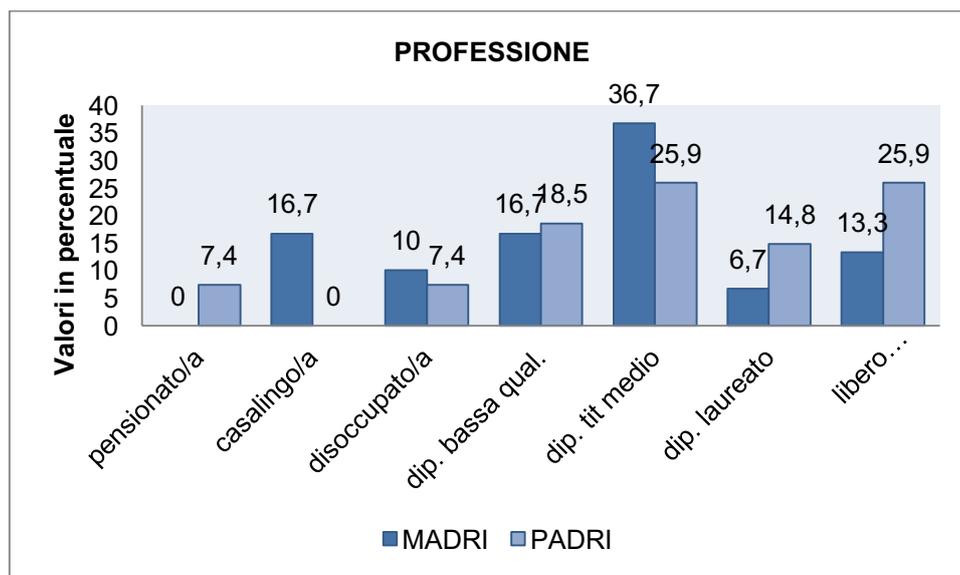


Grafico 8.16: occupazione dei genitori del gruppo clinico

Si evince che le madri sono per la maggior parte dei casi (36,7%) occupate come dipendenti (con titolo medio), mentre le occupazioni prevalenti dei padri sono come dipendenti (con titolo medio) o come liberi professionisti o imprenditori (25,9%). Si registrano pensionati tra i padri (7,4%) ma non tra le madri e si riscontrano solo donne (16,7) nelle occupazioni di cura domestica. C'è la presenza di disoccupati in entrambi i ruoli con una media complessiva di 8,7%.

E' stata indagata anche la composizione del nucleo familiare in relazione al numero di fratelli o sorelle di ragazzi con ADHD. Tra questi, 8 (28,7%) risultano figli unici, 12 (40%) hanno un fratello o sorella, 6 (20%) ne hanno due, 2 (6,7%) ne hanno tre, 1 (3,3%) ne ha 5 ed 1 (3,3%) ne ha 6. Prevale pertanto una composizione familiare con due figli o uno solo. E' stato inoltre ricercato se tra i fratelli e le sorelle ci fossero dei casi con diagnosi di ADHD. Solo in una famiglia -e pertanto nel 3,3% del campione clinico- è da segnalare la presenza di un ragazzo con deficit di attenzione e iperattività/impulsività con un fratello che presenta la medesima diagnosi.

8.3 Il test TMA

Per analizzare e valutare l'autostima dei ragazzi del campione clinico e del campione di controllo è stato somministrato il Test Multidimensionale dell'Autostima, TMA (cfr. § 10.4.3) Lo strumento utilizzato ha permesso di indagare la natura multidimensionale dell'autostima nei differenti contesti ambientali in cui i ragazzi si trovano a vivere. I 6 ambiti considerati sono stati tradotti nello strumento psicometrico in 6 differenti scale, che nello specifico sono riferite alle seguenti componenti dell'autostima:

- le relazioni interpersonali,
- la competenza di controllo dell'ambiente.
- l'emotività,
- il successo scolastico,
- la vita familiare,
- il vissuto corporeo.

Queste dimensioni specifiche dell'autostima lette nella loro sintesi danno luogo all'autostima globale, intesa come stile di risposta appreso nel tempo, relativamente stabile ma con evoluzioni in relazione ai possibili cambiamenti determinati a livello individuale o ambientale.

Il test, teoricamente fondato, empiricamente supportato e normato su vasto campione, impiega un sistema di punteggi standard per la classificazione e l'interpretazione dell'autostima corrispondente alle seguenti fasce:

- > 135 estremamente positiva,
- 126-135 molto positiva,
- 116-125 lievemente positiva,
- 86-115 nella media,
- 76-85 lievemente negativa.
- 66-75 molto negativa,
- < 66 estremamente negativa.

8.3.1 Il TMA nei ragazzi con ADHD

Il TMA è stato inizialmente somministrato ai 30 ragazzi del gruppo clinico e successivamente ai 60 ragazzi del campione di controllo. Di seguito si procederà con l'analisi delle evidenze emerse nei ragazzi ADHD dapprima in ogni singola scala dell'autostima e poi nella scala dell'autostima globale.

La scala 1 riferita all'autostima in contesti d'interazione sociale, evidenzia come il 53,3 dei ragazzi presenti valori nella media, il 10% valori superiori alla media e il 36,7% valori che si attestano su indici lievemente e molto negativi.

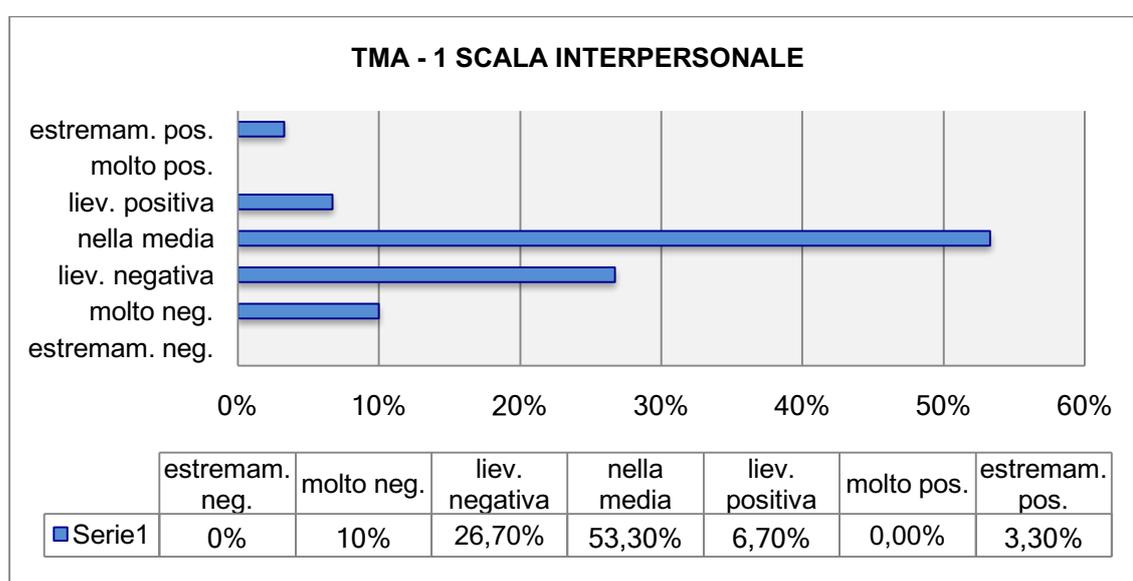


Grafico 8.17: valori riportati dal campione clinico nella scala interpersonale del TMA

La scala 2 indaga l'autostima in relazione alle competenze di controllo dell'ambiente, ovvero alle modalità messe in atto dal singolo per agire sui contesti generando successi o insuccessi. In questa cornice i ragazzi con ADHD presentano nel 46,7% dei casi valori nella media e nel 10% valori superiori alla media. Se raggruppiamo i valori lievemente, molto o estremamente negativi vediamo che questi interessano il 44,3% del campione.

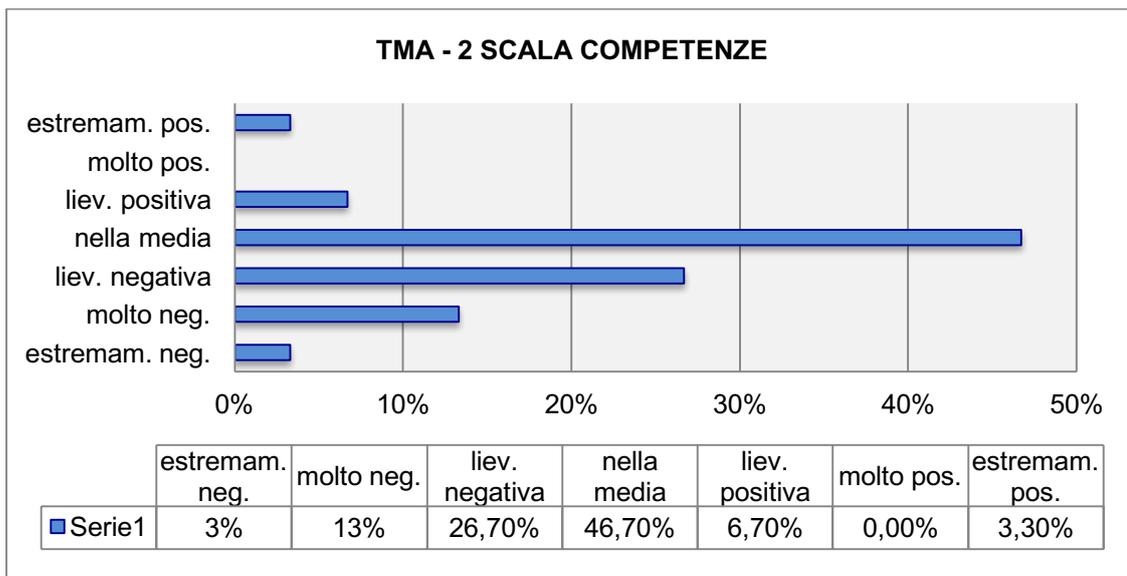


Grafico 8.18: valori riportati dal campione clinico nella scala delle competenze del TMA

La scala 3 presenta i livelli di autostima in relazione alle reazioni emotive in risposta a situazioni attivanti in cui il ragazzo è coinvolto. I dati attestano valori nella media (76,7%) o lievemente positivi (6,7%) e solo una percentuale del 16,7% mostra un'autostima emozionale con valori negativi.

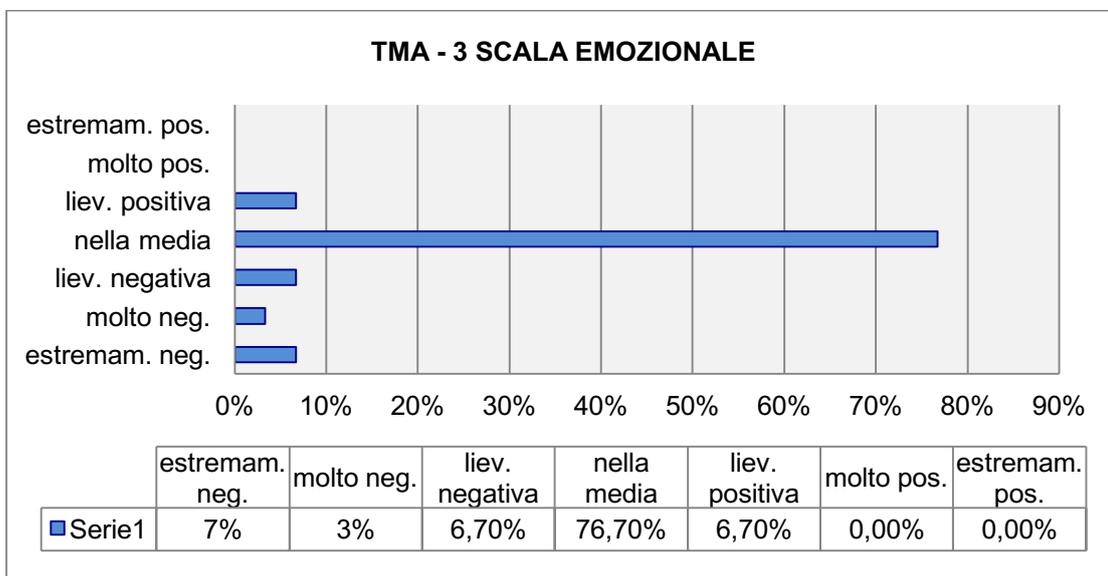


Grafico 8.19: valori riportati dal campione clinico nella scala emozionale del TMA

La scala 4 mostra i livelli di autostima in relazione ai successi reali vissuti a scuola o esperienze maturate in contesto extracurricolare ma sempre legate alla scuola. In questo quadro i ragazzi con ADHD presentano nel 33,3% dei

casi valori nella media e solo nel 3,3% valori superiori alla media. I dati attestano un'autostima scolastica lievemente negativa per il 40% dei ragazzi e molto negativa per il 23%. Se pertanto raggruppiamo i valori inferiori alla media osserviamo che nel 63% del campione con ADHD l'autostima scolastica è negativa.

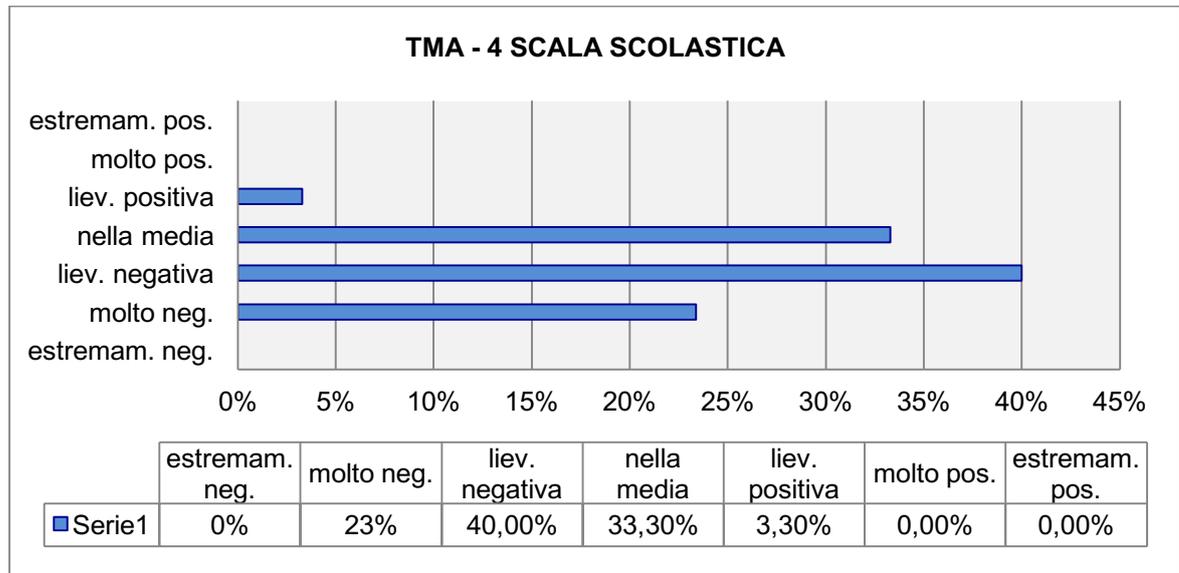


Grafico 8.20: valori riportati dal campione clinico nella scala scolastica del TMA

La scala 5 indica i livelli di autostima nel contesto familiare ovvero nel contesto relazionale che appartiene alla famiglia tradizionale, allargata o adottiva. I dati attestano valori nella media per il 76,7% dei ragazzi. Non emergono dati superiori alla media ed il rimanente 23% si colloca su standard inferiori alla media (20% autostima lievemente negativa e 3% molto negativa).

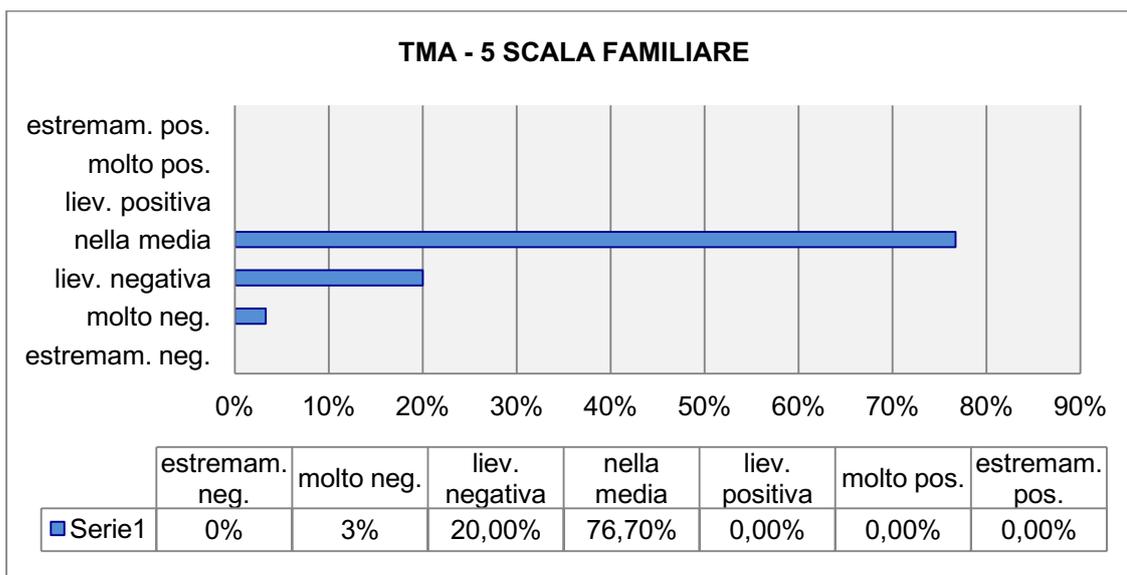


Grafico 8.21: valori riportati dal campione clinico nella scala familiare del TMA

La scala 6 fa riferimento al vissuto corporeo, la cui autostima è costruita sui feedback diretti ed indiretti che ogni ragazzo riceve rispetto alle sue qualità e alle sue caratteristiche fisiche. Il 76,6% dei ragazzi con ADHD presenta un'autostima corporea nella media, il 10% mostra valori superiori alla media ed il 23% valori inferiori alla media.

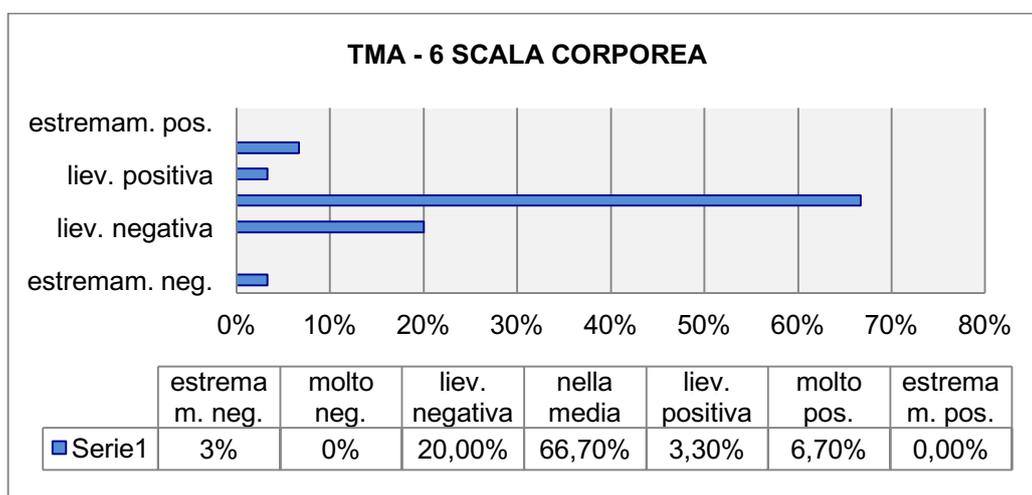


Grafico 8.22: valori riportati dal campione clinico nella scala corporea del TMA

La scala globale dell'autostima sintetizza le 6 dimensioni interconnesse e precedentemente indagate singolarmente. Si evince che il 53,3 dei ragazzi

con ADHD ha un'autostima che si attesta su valori medi, il 10% manifesta valori sopra la media e ben il 36,7% si colloca nella fascia con valori negativi

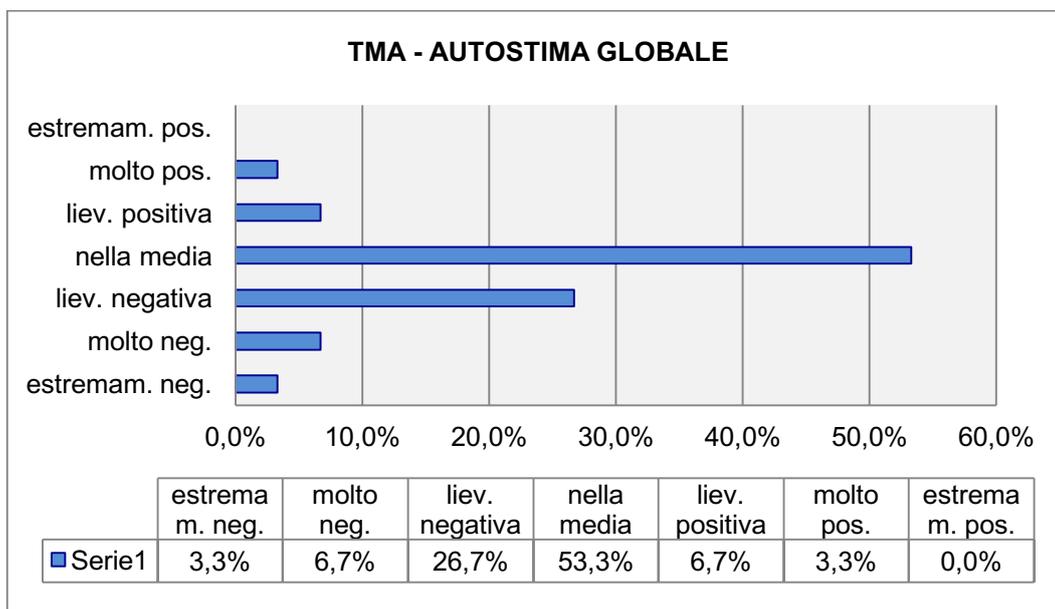


Grafico 8.23: valori riportati dal campione clinico nella scala dell'autostima globale del TMA

Leggendo complessivamente le 6 scale e la scala dell'autostima globale secondo 3 variabili categoriali, raggruppanti valori inferiori alla media, nella media e superiori alla media, come indicato nella tabella che segue, ricaviamo delle interessanti evidenze.

	VALORI campione ADHD nel TMA		
	inferiori alla media	nella media	superiori alla media
scala 1 relazioni	36,7%	53,3%	10%
scala 2 ambiente	44,3%	46,7%	10%
scala 3 emotività	16,7%	76,7%	6,6%
scala 4 scuola	63%	33,3%	3,3%
scala 5 famiglia	23,3%	76,7%	0%
scala 6 vissuto corporeo	23,3%	66,7%	10%
Scala AUTOSTIMA GLOBALE	36,7%	53,3%	10%

Grafico 8.3: valori complessivi riportati dal campione clinico nel TMA

Estremamente positivo è il fatto che nella scala dell'autostima emozionale e nella scala dell'autostima familiare i ragazzi con ADHD presentano valori nella media decisamente alti e pari al 76,6%. Va riscontrato invece come elemento negativo il fatto che il 63% del campione presenti una prevalenza di valori negativi in riferimento all'autostima scolastica (scala 4), come si legge chiaramente dall'istogramma seguente.

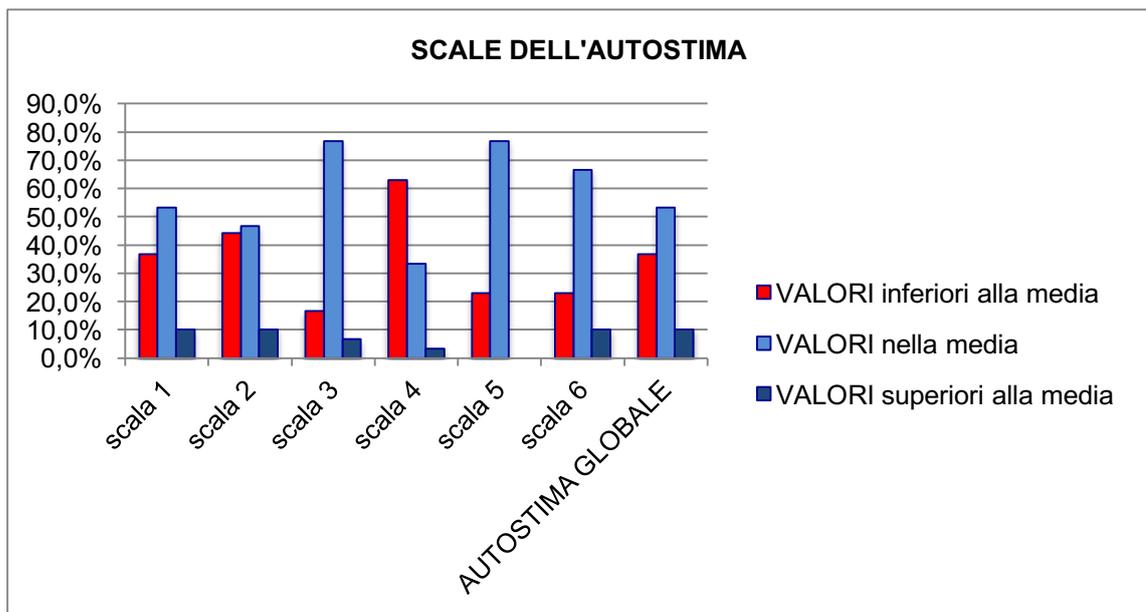


Grafico 8.24: valori riportati dal campione clinico nelle scale del test TMA

8.3.2 Il test TMA nel gruppo clinico e di controllo

Passiamo ora a considerare i dati del Test Multidimensionale dell'Autostima, attraverso il confronto tra le evidenze emerse nel gruppo dei ragazzi con ADHD e nel gruppo dei controlli. Esaminiamo dapprima le 6 scale dell'autostima specifica e poi la scala di sintesi attribuita all'autostima globale.

Scala 1: autostima interpersonale

Come si evince dal grafico presentato di seguito i dati mostrano una netta prevalenza di autostima nella media per il campione di controllo (85%), mentre il gruppo clinico –pur avendo nel 53% dei casi valori nella media– evidenzia un elevato tasso di prevalenza nei valori lievemente e molto negativi, rispettivamente del 27% e 10%.

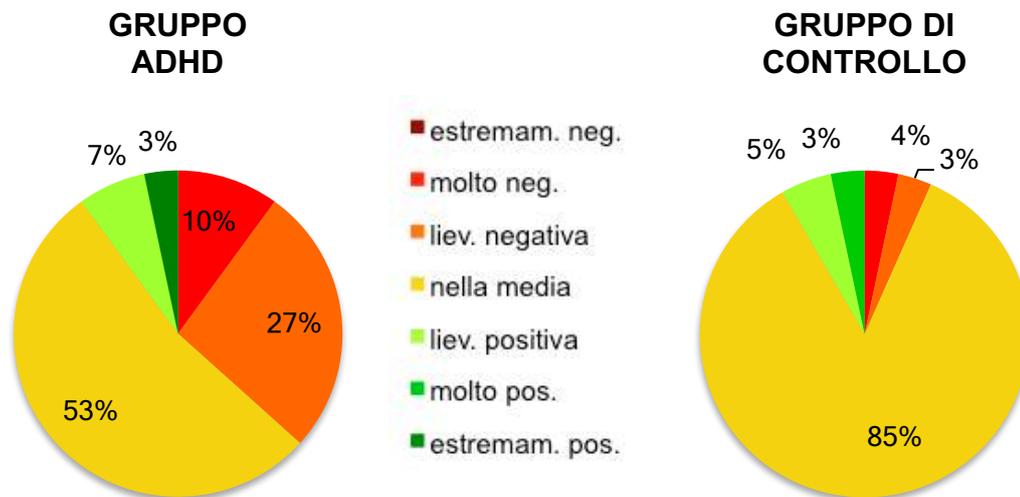


Grafico 8.25: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima interpersonale del TMA

Se leggiamo i dati secondo 2 variabili categoriali ovvero i dati negativi e quelli nella media o superiori a essa, come dimostrano le tabelle sottostanti, osserviamo che i ragazzi ADHD presentano nell'autostima interpersonale valori inferiori alla media nel 36,7% dei casi, mentre i controlli si attestano al 6,7%. I dati, che risultano statisticamente significativi eseguendo il Test del Chi quadro e considerando il Test esatto di Fischer ($p < 0,05$), ci portano a concludere che l'autostima interpersonale dei soggetti con deficit di attenzione e iperattività/impulsività è mediamente inferiore a quella dei coetanei e presenta dei valori negativi statisticamente significativi. Il dato è da considerare proprio perché attiene ad ambiti che interessano il senso di accettazione, inclusione e partecipazione in contesti amicali e di relazione, parte importante occupano nella vita di ciascun individuo, ma che rivestono un ruolo sostanziale in una delicata fase dell'età evolutiva, quale quella preadolescenziale e adolescenziale.

Scala 2: autostima nelle competenze di controllo sull'ambiente

I dati mostrano che per entrambi i gruppo le prevalenze riguardano i valori che si attestano nella media, comunque con percentuali superiori per il gruppo di controllo (65% vs 45%).

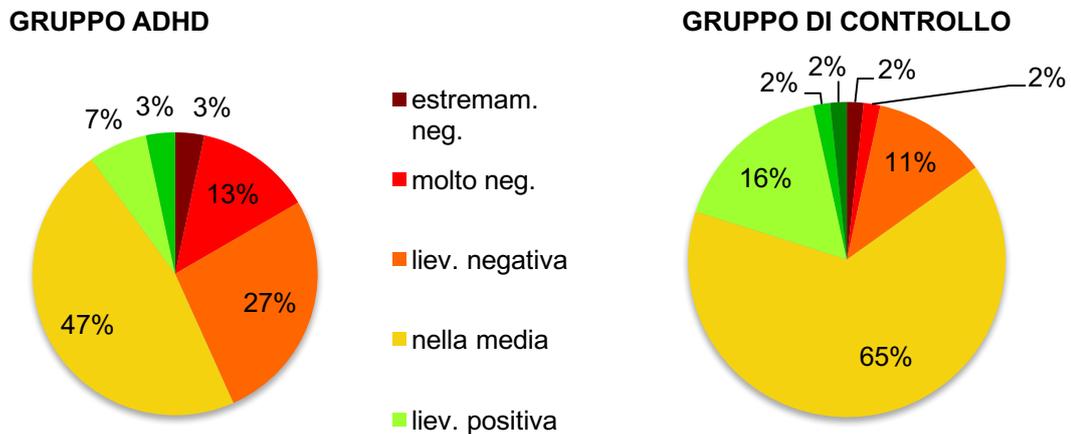


Grafico 8.26: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima delle competenze del TMA

Anche in questo caso se leggiamo i dati secondo 2 variabili categoriali (dati negativi e dati nella media o superiori a essa), osserviamo che i ragazzi ADHD presentano nella scala delle competenze valori inferiori alla media nel 43,3% dei casi, mentre i controlli si attestano al 15%. I dati risultano inoltre statisticamente significativi eseguendo il Test del Chi quadro ($p < 0,05$).

Ciò permette di affermare che i ragazzi con ADHD, nel confronto con i coetanei del campione di controllo, presentano un'autostima riferita alle abilità e competenze nei propri contesti ambientali che presenta valori medi o positivi complessivamente buoni, poiché coprono il 57% del campione clinico. Purtroppo, va segnalato che ben il 43% degli individui con deficit attestano un'autostima ambientale con valori negativi, cosa che permette di segnalare il fatto che per tali individui esiste una fragilità nel senso di fiducia personale e interpersonale come nella determinazione di successi ed insuccessi di fonte agli stimoli esterni prodotti dal contesto ambientale.

Scala 3: autostima emozionale

In questa scala possiamo osservare che i valori nella media sono sostanzialmente analoghi, sia per i ragazzi con ADHD (76%) sia per i controlli (76%). Le percentuali residue sono invece distribuite diversamente.

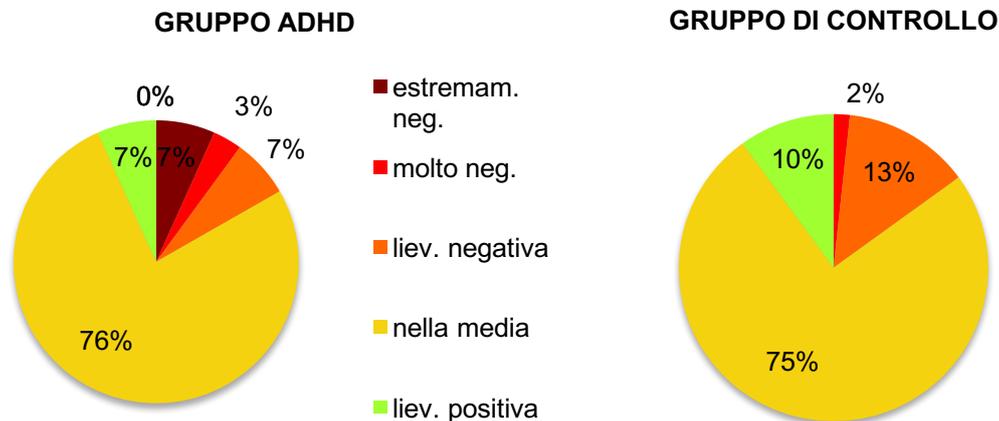


Grafico 8.26: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima emozionale del TMA

L'equilibrio espresso nei valori medi si presenta con analogha stabilità se analizziamo i dati secondo variabili categoriali. L'autostima emozionale è nella media o positiva per l'83,3% degli ADHD e l'85% dei controlli, risulta negativa nel 16,7% del campione clinico e nel 15% di quello di controllo. Tali dati attestano che non emergono sostanziali o rilevanti differenze tra i ragazzi reclutati nei due gruppi.

Scala 4: autostima scolastica

In questa sezione le evidenze emerse sono particolarmente interessanti. I ragazzi ADHD presentano solo il 34% di valori nella media contro un 70% dei controlli. I dati superiori alla media si attestano solo al 3% nei ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività, contro il 10% del gruppo di coetanei. I valori più sorprendenti si trovano però negli indici negativi che per i ragazzi con sindrome toccano indici lievemente negativi nel 40% dei casi e

molto negativi nel 23%, mentre i soggetti controllo sono rappresentati nelle stesse aree rispettivamente dal 15% ed dal 5% dei ragazzi testati.

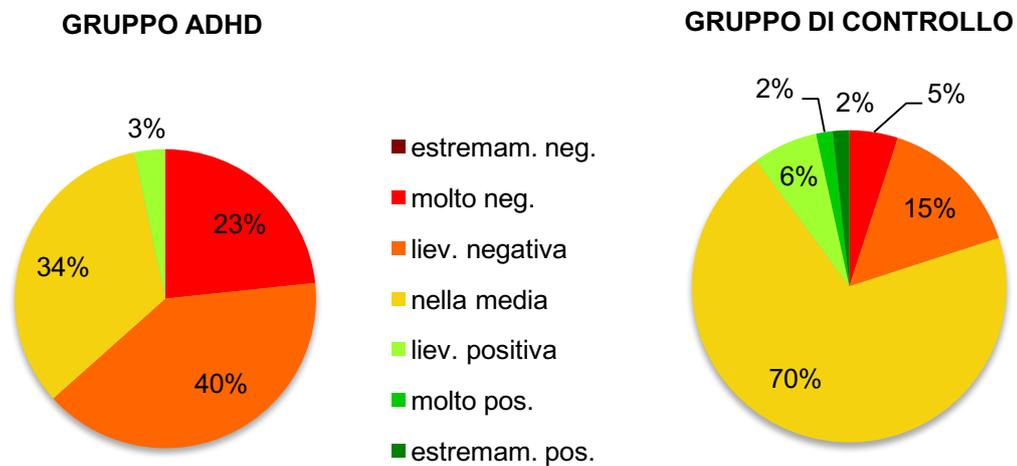


Grafico 8.27: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima scolastica del TMA

L'analisi statistica eseguita con i test non parametrici di Mann-Whitney e Wilcoxon ha mostrato che tra i due gruppi c'è una differenza statisticamente significativa ($p = ,000$).

Anche in questa scala operando secondo variabili categoriali è necessario constatare che il campione clinico si distingue per il fatto che il 63,3% dei soggetti presenta un'autostima scolastica con valori negativi rispetto a un 20% di individui del gruppo di controllo. L'evidenza, statisticamente significativa come emerge dal Test del Chi Quadro, ci pone nella condizione di poter affermare che la scala dell'autostima scolastica si presenta con forti compromissioni nei ragazzi ADHD.

Scala 5: autostima familiare

I dati emersi paiono di primo acchito incoraggianti poiché il 77% degli ADHD e l'87% dei controlli individuano valori nella media. Tuttavia, operando con una lettura più analitica, è possibile osservare che i ragazzi del campione clinico non presentano valori positivi superiori alla media, che riscontriamo invece nel 10% del gruppo di controllo.

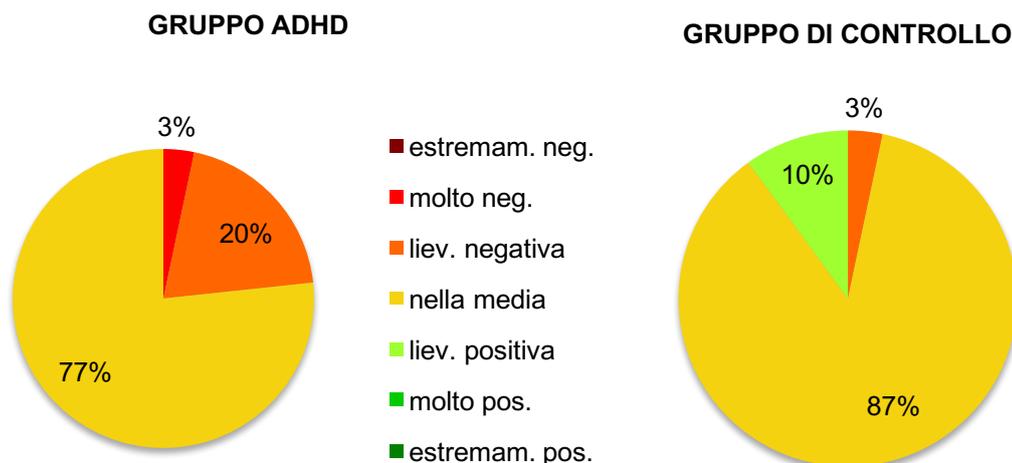


Grafico 8.28: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima familiare del TMA

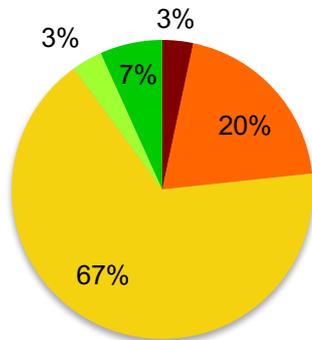
Se poi procediamo con l'analisi secondo variabili categoriali, che risultano statisticamente significative secondo il test esatto di Fischer, è possibile verificare che l'autostima familiare presenta valori negativi per il 23,3% degli ADHD contro un esiguo 3,3% del gruppo di controllo.

Ciò induce a considerare che, se le evidenze riferite all'autostima familiare vista nella sua globalità sono mediamente positive per il 76,7% del campione clinico, vero è che il 23,3 dello stesso mostra valori inequivocabilmente negativi per quanto riguarda la relazione genitoriale, la vita in contesto domestico e il sistema valoriale riferito alla famiglia. E' un dato di cui tenerne conto poiché il disturbo di ADHD incide profondamente nelle dinamiche interrelazionali in ambiente domestico, ponendo delle sfide –talvolta severe- nei rapporti genitori-figli, nelle pratiche educative e nella gestione della quotidianità familiare.

Scala 6: autostima corporea

In questa scala i valori si attestano nella media per il 67% del campione clinico e per il 75% del campione di controllo. Per entrambi i gruppi emerge una percentuale analoga di ragazzi, pari al 10% e all'11%, che testimoniano un'autostima corporea lievemente o molto positiva.

GRUPPO ADHD



GRUPPO DI CONTROLLO

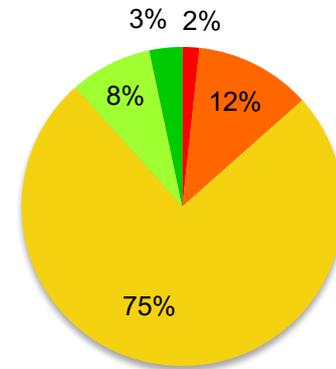


Grafico 8.28: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima corporea del TMA

Viceversa, per quanto riguarda i dati che provano un'autostima inferiore alla media, operando secondo una lettura per variabili categoriali, si rileva che i valori negativi dei ragazzi con ADHD sono quasi doppi (23,3%) rispetto ai ragazzi del campione di controllo (13,3%).

Scala dell'autostima globale

Dopo aver effettuato l'esame analitico di ogni singola e specifica scala dedicata all'autostima, possiamo ora ad analizzare i valori riferiti all'autostima globale, che sintetizza le 6 dimensioni indagate.

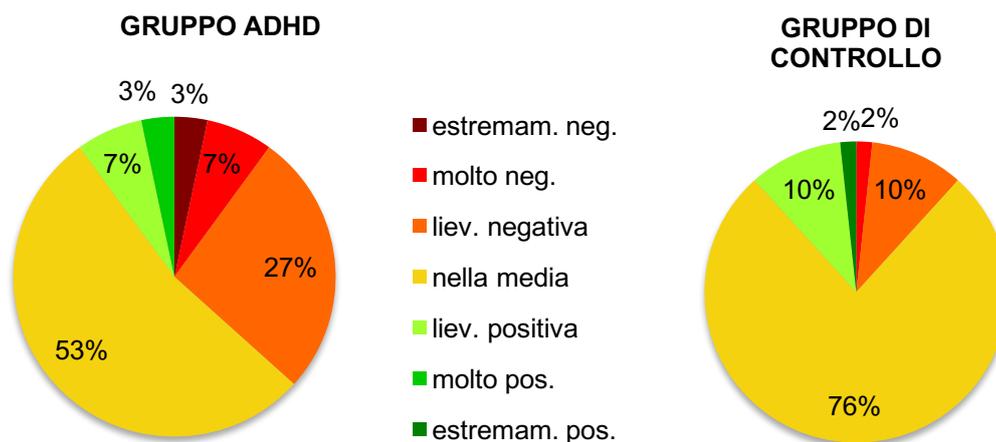


Grafico 8.29: valori riportati dai due campione nella scala dell'autostima globale del TMA

Si evince che l'autostima globale dei ragazzi con ADHD è prevalentemente nella media, come dimostrato dal 53% del campione clinico. Tuttavia emerge uno scarto di ben 23 punti in percentuale rispetto al campione di controllo, la cui popolazione presenta il 76% dei ragazzi con un'autostima dai valori nella media.

Se passiamo a esaminare i valori superiori o inferiori alla media, verifichiamo che nei controlli sono assolutamente equilibrati, attestandosi al 12% in entrambi i casi. Nel gruppo di ragazzi ADHD ritroviamo valori simili per quanto riguarda i livelli di autostima positiva che interessano il 10% del campione, viceversa emergono delle differenze sostanziali per quanto concerne riguarda l'autostima negativa che per questi soggetti riveste percentuali importanti. Nello specifico possiamo osservare questa evidenza raggruppando i dati secondo variabili categoriali.

La tavola di contingenza mostra che l'autostima globale con valori negativi riguarda il 36,7 del campione clinico e solo l'11,7 dei controlli. Il dato risulta statisticamente significativo al test del Chi Quadro ($p < ,005$).

In conclusione per avere un quadro complessivo degli esiti riportati dal campione clinico e da quello di controllo nel test TMA, si propone di seguito una tabella che riassume i valori riportati dai due gruppi nelle scale specifiche e nella scala globale dell'autostima secondo 2 variabili categoriali,

raggruppanti valori inferiori alla media e valori nella media e superiori ad essa.

	TMA con valori inferiori alla media		TMA con valori nella media o superiori alla media	
	ADHD	CONTROLLI	ADHD	CONTROLLI
Scala 1 Relazioni	36,7%	6,7%	63,3%	93,3%
Scala 2 Ambiente	44,3%	15%	56,7%	85%
Scala 3 Emozioni	16,7%	15%	83,3%	85%
Scala 4 Scuola	63%	20%	37%	80%
Scala 5 Famiglia	23,3%	3%	76,7%	97%
Scala 6 Corpo	23,3%	14%	77,7%	86%
Scala Autostima GLOBALE	36,7%	11,7%	53,7%	88,3%

Tabella 8.4: valori riportati dai due campione in tutte le scale del test TMA

E' possibile fare le considerazioni maggiori osservando le colonne riferite ai valori negativi, ovvero inferiori alla media. Escludendo la scala 3 dell'autostima emozionale che nel gruppo clinico appare in linea con i dati emersi dal campione di controllo, le altre mostrano delle percentuali che distanziano fortemente i ragazzi con ADHD dai loro coetanei. La scala più compromessa appare quella dell'autostima scolastica che presenta uno scarto di 43 punti in percentuale tra gruppo clinico e controlli. A seguire la scala dell'autostima relazionale e la scala dell'autostima delle competenze ambientali presentano una distanza del 30% e del 29,3% tra i due gruppi. Del 20,3% in più sono i dati in negativo dell'autostima familiare dei ragazzi con il deficit di attenzione e iperattività/impulsività e meno incisivo (9,3%) appare lo scarto in negativo per quanto riguarda l'autostima corporea. In merito all'autostima globale si evince che i dati negativi riguardano l'11,7%

dei controlli mentre per gli ADHD toccano il 36,75% della popolazione testata, ovvero il 25% in più dei coetanei.

L'esame analitico e globale realizzato considerando i dati emersi dal TMA, Test multidimensionale dell'autostima, sugli individui appartenenti al campione clinico e al campione di controllo ci porta a concludere che:

- l'autostima dei ragazzi con ADHD che hanno partecipato alla ricerca si colloca nei valori medi previsti dallo strumento psicometrico standardizzato;

ma

- su indici inferiori rispetto ai coetanei del gruppo di controllo;
- i ragazzi con ADHD presentano indici di valori negativi (autostima lievemente negativa, autostima molto negativa, autostima estremamente negativa) più frequenti rispetto al campione di controllo in 5 scale su 6 (scala relazionale, competenze, scolastica, familiare e corporea) nonché nella scala dell'autostima globale;
- la scala dell'autostima più compromessa nei ragazzi ADHD è quella scolastica.

8.4 Il questionario di attribuzione

Il *Questionario di attribuzione* (cfr. all. 5) elaborato da Rossana De Beni e Angelica Moè, (1995) è lo strumento utilizzato nell'ambito della ricerca per misurare il sistema attributivo, ovvero il tipo di spiegazioni adottate da ciascun soggetto per spiegare il successo o il fallimento in compiti cognitivi. Alle 24 domande, corredate da 5 possibili scelte, i ragazzi testati hanno fornito delle risposte che sono state tabulate all'interno delle 10 scale relative al tipo di attribuzione, cioè di causa scelta per spiegare il successo o l'insuccesso.

SCALA		
SI	SUCCESSO IMPEGNO	ATTRIBUZIONI INTERNE
II	INSUCCESSO IMPEGNO	
SB	SUCCESSO ABILITA'	
IB	INSUCCESSO ABILITA'	
SC	SUCCESSO COMPITO	ATTRIBUZIONI ESTERNE
IC	INSUCCESSO COMPITO	
SF	SUCCESSO FORTUNA	
IF	INSUCCESSO FORTUNA	
SA	SUCCESSO AIUTO	
IA	INSUCCESSO AIUTO	

Tabella 8.5: le scale attributive presenti nel Questionario di De Beni e Moè (1995)

I risultati ottenuti in ognuna delle 10 scale sono stati confrontati con i limiti di normalità stabiliti rispetto al gruppo normativo di riferimento. I limiti di normalità o intervallo di confidenza della media sono calcolati sottraendo dalla media la deviazione standard. Operando secondo le indicazioni metodologiche indicate dallo strumento è stato possibile acquisire le dieci scale ottenute da ciascun individuo, calcolare la media e infine confrontare i punteggi ottenuti dal campione clinico e dal campione di controllo.

Per l'interpretazione del punteggio sono state considerate le seguenti categorie:

- punteggio nella media,
- punteggio inferiore alla media (è stata considerata bassa una prestazione sotto 1 deviazione standard e molto bassa se inferiore a 1,5 deviazione standard),
- punteggio superiore alla media (alte e molto alte le prestazioni superiori rispettivamente a 1 e 1,5 deviazione standard).

Le attribuzioni possono essere distinte in interne (impegno e abilità) o esterne (facilità/difficoltà del compito, caso/fortuna, aiuto esterno). I dati indicanti una prevalenza delle attribuzioni interne, designano il ruolo attivo del soggetto, fautore dei propri successi o fallimenti determinando quindi un profilo GUS ovvero di un buon utilizzatore di strategie. Viceversa, una prevalenza di attribuzioni esterne, pone l'attenzione verso eventi esterni

incontrollabili e difficilmente prevedibili dal soggetto, che conseguentemente assume profili attributivi poco efficaci. Tra tutte “L’impegno che è un’attribuzione interna, instabile, e controllabile, è il tipo di attribuzione più importante e da considerare per primo quando si vuole interpretare il punteggio di un ragazzo per delinearne il profilo”. (De Beni, Moè, 1995, p.25)

8.4.1 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD

Il Questionario di attribuzione proposto alla popolazione del gruppo clinico ha fornito i seguenti dati nelle 10 sottoscale.

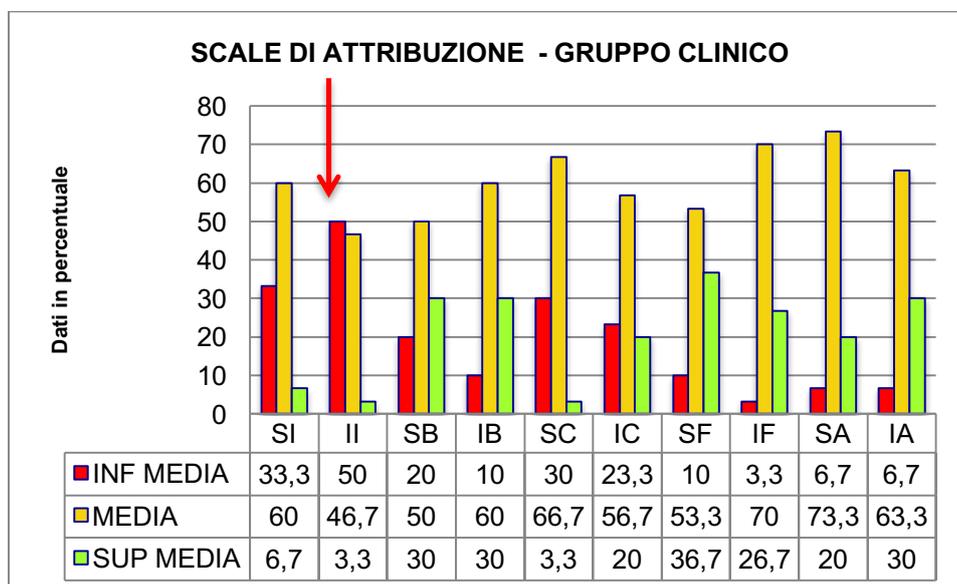


Grafico 8.30: valori riportati nelle scale di attribuzione dal campione clinico

Globalmente si evince che i dati prevalenti si collocano nei valori corrispondenti alla media, ma analiticamente è possibile osservare che le colonne in rosso -attestanti i punteggi di attribuzione inferiori alla media- sono particolarmente evidenti nelle attribuzioni interne (impegno e abilità) e nella scala del successo/insuccesso ascritto al compito. Nello specifico risultano elevatissime nelle scale riferite all’impegno (SI, II), che risultano essere gli indicatori determinanti per tracciare il profilo attributivo dei soggetti. Nella scala II, ovvero insuccesso/impegno, i ragazzi con ADHD presentano come dominanti i valori inferiori alla media.

Viceversa le scale attributive riferite ad elementi esterni quali fortuna e aiuto presentano punteggi elevati, dati importanti a sostegno del fatto che per questi ragazzi gli elementi non riconducibili a sé -e quindi non controllabili- sono determinanti nella realizzazione dei propri successi e insuccessi.

Per ricevere evidenze ancora più marcate sono stati confrontati i valori medi ottenuti dai ragazzi con ADHD nelle 10 scale con i dati normativi proposti dallo strumento testistico che distingue tra valori standard con riferimento più basso e valori standard con riferimento più alto.

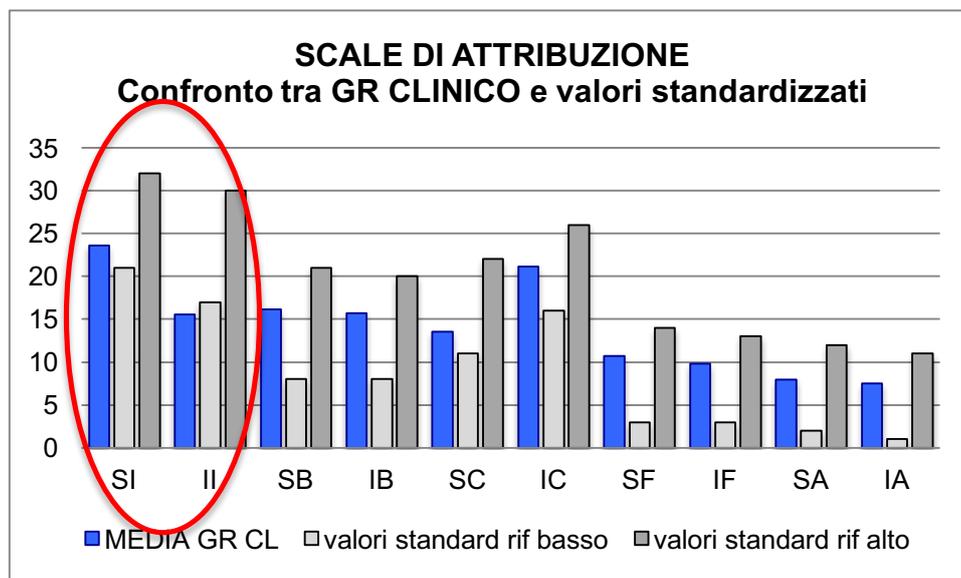


Grafico 8.31: valori riportati dai due campioni nelle scale di attribuzione e confrontati coi limiti di normalità proposti dallo strumento standardizzato

In questo caso si evince che i risultati ottenuti dalla popolazione del campione clinico si collocano in 9 casi su 10 nel range compreso tra i valori più bassi e quelli più alti dei dati normativi. Tuttavia ciò che ci interessa mettere a fuoco sono gli esiti riportati nelle scale dell'impegno che –come già sottolineato- sono quelle determinanti per disegnare il profilo attributivo dei soggetti. Si ricava che nella scala SI, successo-impegno, la media del gruppo clinico -pur restando nell'intervallo compreso tra valori bassi e alti- si colloca più decisamente in prossimità dei dati normativi più bassi. Ancora più indicativa è la scala II, insuccesso-impegno, l'unica scala in cui i valori medi dei ragazzi con ADHD sono addirittura inferiori ai valori standard con riferimento più basso.

8.4.2 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD e nel gruppo di controllo

Passiamo ora ad analizzare i dati ottenuti nella nostra ricerca dalla somministrazione del *Questionario di attribuzione* al gruppo clinico e all'appaiato gruppo di controllo. Gli esiti ottenuti dalla tabulazione dei questionari sono stati confrontati con i valori standardizzati e sono stati raggruppati complessivamente nei grafici sottostanti.

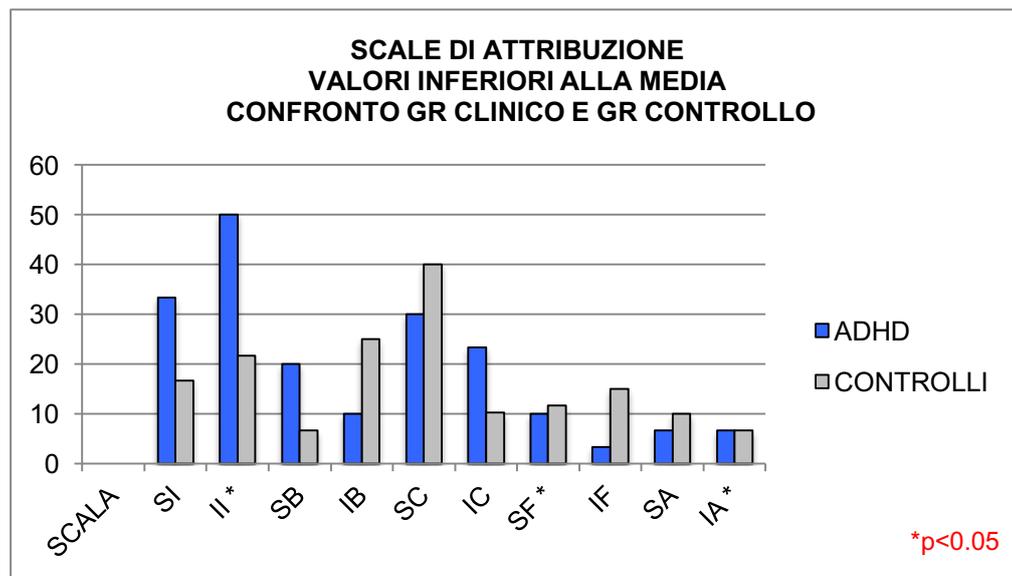


Grafico 8.32: valori inferiori alla media riportati dai due campioni nelle scale di attribuzione

Prendendo in considerazione i dati emersi in relazione ai valori che risultano inferiori alla media standardizzata, si evince che il gruppo clinico presenta evidenze più sostenute nelle scale relative all'impegno (SI, II) all'abilità (SB) e al compito (IC) rispetto ai controlli. In particolare la scala Insuccesso/Impegno mostra delle differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo statisticamente significative al test di Mann-Whitney.

Se consideriamo invece il rapporto gruppo clinico vs gruppo di controllo rispetto ai valori che si attestano nella media il panorama si presenta differente.

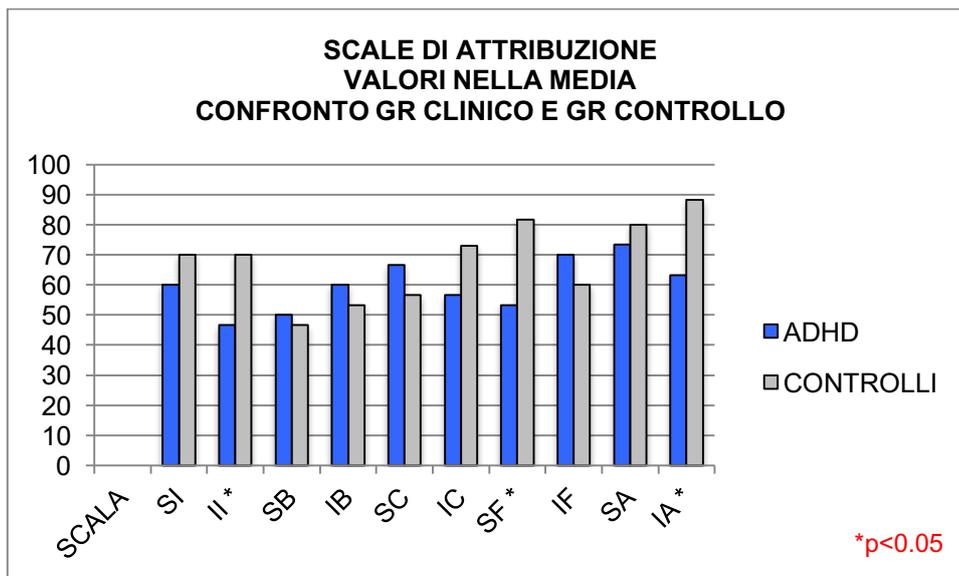


Grafico 8.33: valori nella media riportati dai due campioni nel Questionario di attribuzione

Emerge una certa omogeneità tra i gruppi, per quanto i valori dei ragazzi con ADHD si collocano nella maggior parte dei casi a livelli percentuali inferiori rispetto ai coetanei del campione di controllo.

Infine, se nel rapporto tra campione clinico e campione di controllo il confronto viene effettuato a partire dai valori superiori alla media, si presentano delle evidenze interessanti.

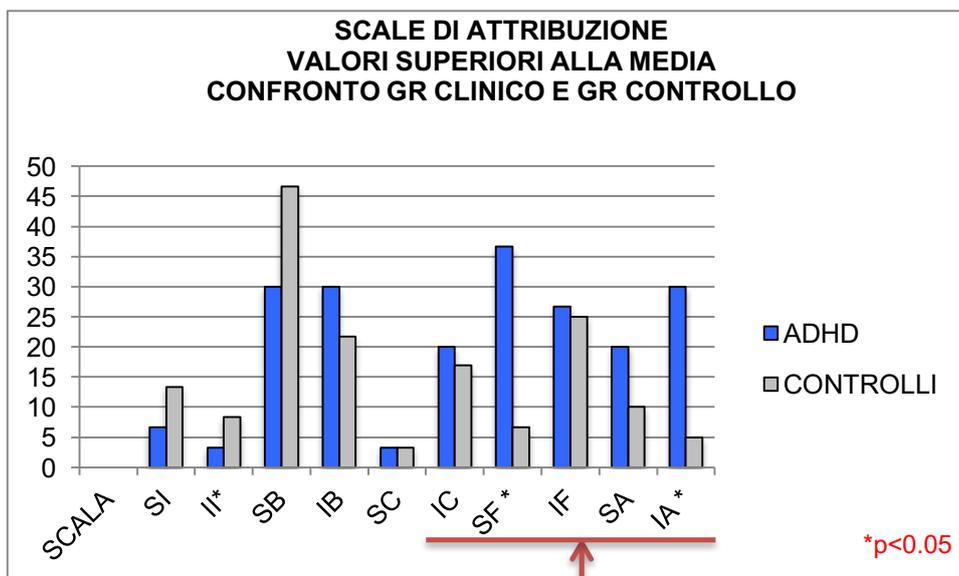


Grafico 8.34: valori superiori alla media riportati dai due campioni nel Questionario di attribuzione

L'istogramma mostra che i ragazzi che appartengono al gruppo clinico offrono valori superiori alla media rispetto ai controlli soprattutto nelle attribuzioni esterne, in cui le scale SF Successo/Fortuna e IA Insuccesso/Aiuto offrono differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo che risultano statisticamente significativa al test di Mann-Whitney.

Operiamo ora un confronto più analitico tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo attraverso la comparazione tra le scale di successo/insuccesso riferite rispettivamente all'impegno, all'abilità, al compito, all'aiuto e alla fortuna.

In primis prendiamo in considerazione le scale più rilevanti e riferite alle attribuzione interne (impegno, abilità).

Scale dell'impegno

Esaminando le scale del successo/insuccesso riferite all'impegno i dati mostrano che i ragazzi con ADHD non presentano valori in linea con i coetanei appartenenti al gruppo di controllo. I valori nella media o superiori ad essa sono fortemente ridotti, mentre i valori inferiori alla media presentano indici più sostenuti nei ragazzi del campione clinico. Ciò sta a significare che il gruppo ADHD non attribuisce all'impegno la causa dei propri successi o fallimenti nella stessa misura della popolazione di controllo. In particolare nella scala II, il 50% dei ragazzi con disturbo non assegna all'impegno la causa dei propri insuccessi, determinando e confermando così un locus attributivo non orientato internamente.

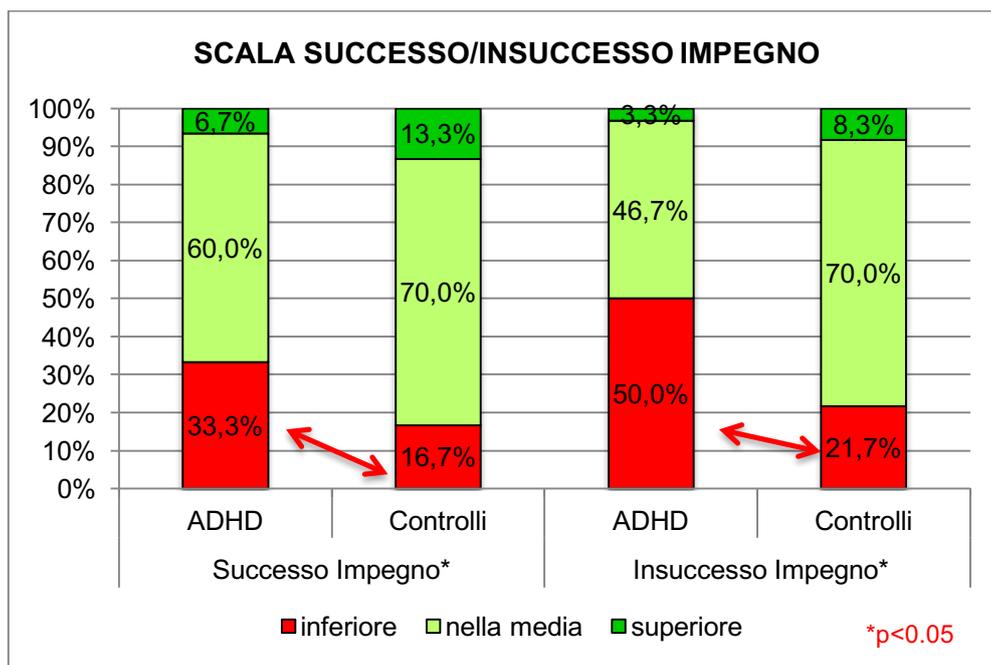


Grafico 8.35: valori riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'impegno

Le differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo nelle scale dell'impegno, SI e II, risultano statisticamente significativa al test di Mann-Whitney. Le evidenze fin qui esposte risultano ancora più chiare raccogliendo i dati secondo 2 variabili categoriali che raccolgono i dati positivi (nella media o superiori ad essa) e quelli negativi (inferiori alla media). Come si vede nella tabella presentata di seguito, i ragazzi con ADHD presentano particolari rilevanze nella colonna riservata ai valori inferiori ai dati normativi, presentando una netta distanza rispetto ai valori attestati dai coetanei.

SCALA	SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO IMPEGNO			
	VALORI INF MEDIA		MEDIA O SUP MEDIA	
	ADHD	CONTROLLI	ADHD	CONTROLLI
SI	33,3%	16,7%	66,7%	83,3%
II	50%	21,7%	50%	78,3%

Tabella 8.6: percentuali riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'impegno

Scale dell'abilità

Analizzando i dati riferiti alle scale del successo/insuccesso attribuite all'impegno i dati rivelano che i ragazzi con ADHD presentano valori medi superiori ai controlli, che invece mostrano percentuali più alte in riferimento ai valori superiori alla media. Per quanto attiene ai valori inferiori alla media va segnalato che i ragazzi con ADHD nel 20%, dei casi vs il 6,7% dei coetanei, non vedono le proprie abilità come causa del proprio successo.

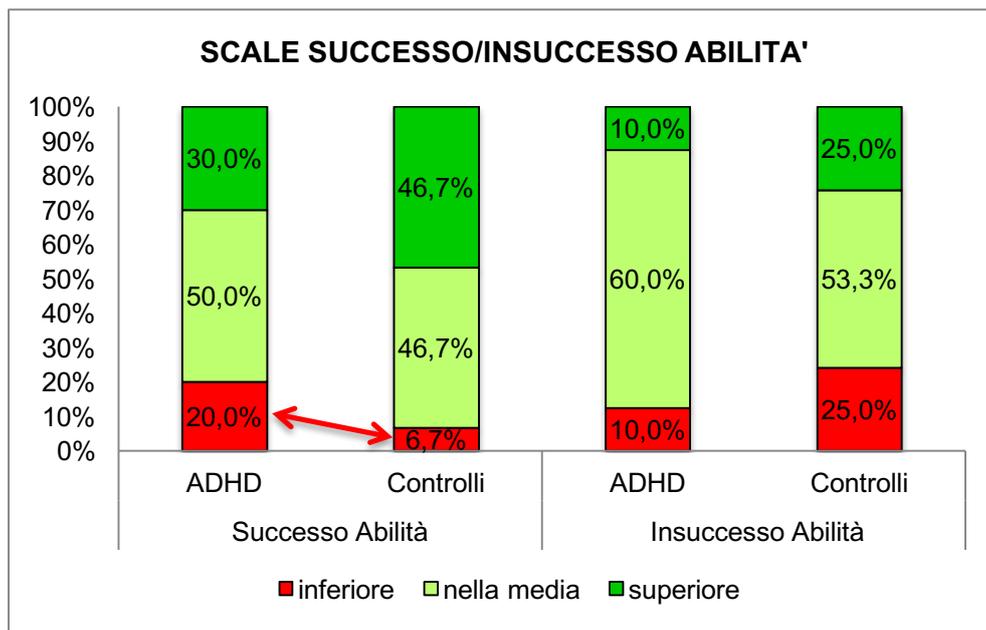


Grafico 8.36: valori riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'abilità

Anche in questo caso va sottolineato il fatto che emerge una certa compromissione dell'attribuzione interna che andrebbe rinforzata, affinché i ragazzi con disturbo possano vedere nelle proprie abilità una condizione strategica per la determinazione di eventi positivi nella propria vita.

Scale del compito

Prendendo in considerazione le scale del compito attraverso i dati tabulati è possibile verificare che si presenta una sostanziale omogeneità per quanto attiene i valori superiori alla media rilevati nei due gruppi. I valori medi si presentano superiori per gli ADHD nella scala del successo legata al compito e inversamente sono maggiori nei controlli per quanto concerne la scala

dell'insuccesso sempre correlata al compito. Un'analoga ma rovesciata osservazione si può ricavare osservando i valori inferiori alla media che sono maggiori per il gruppo di controllo nell'area del successo riferito al compito e superiori per gli ADHD nell'area dell'insuccesso connesso la compito.

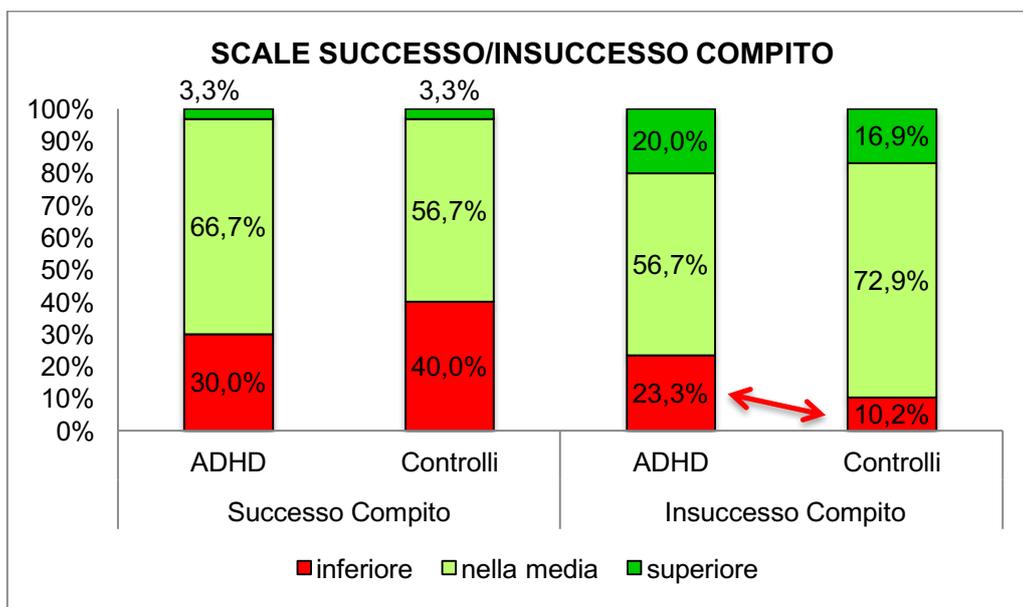


Grafico 8.37: valori riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite al compito

Anche per quanto riguarda le scale del compito risulta interessante raccogliere i dati secondo 2 variabili categoriali che raccolgono i dati positivi e quelli negativi. Come si vede nella tabella presentata di seguito, i ragazzi con ADHD presentano una percentuale più che doppia (23%) rispetto ai coetanei (10,2%) per quanto riguarda i valori negativi riferiti all'insuccesso in un compito.

SCALA	SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO COMPITO			
	VALORI INF MEDIA		MEDIA O SUP MEDIA	
	ADHD	CONTROLLI	ADHD	CONTROLLI
SC	30,00%	40,00%	70,00%	60,00%
IC	23%	10,20%	77%	89,80%

Tabella 8.6: percentuali riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'impegno

Scale della fortuna

I dati ottenuti nelle scale riferite alla fortuna ci permettono di fare delle osservazioni rilevanti soprattutto in merito alla determinazione dei successi nei contesti di vita quotidiana.

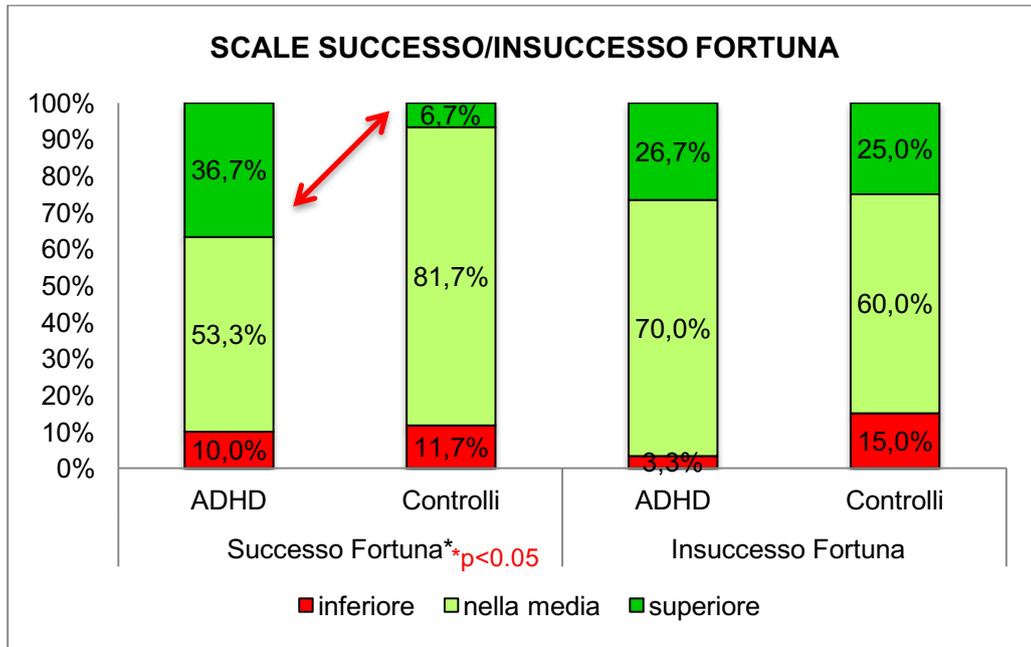


Grafico 8.38: valori riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite alla fortuna

Nelle scale del Successo/Fortuna, le cui differenze tra il gruppo clinico e quello di controllo risultano statisticamente significative al test di Mann-Whitney, va segnalato che i ragazzi con ADHD presentano il 36,7 di valori superiori alla media contro un 6,7 del gruppo di controllo. Ciò sta a indicare che i soggetti con disturbo sono fortemente orientati ad attribuire –rispetto ai coetanei- un forte valore alla fortuna come vettore delle proprie riuscite. Anche in questo ambito la determinazione del successo per gli ADHD si appoggia in modo sostanziale ad una attribuzione esterna a scapito di quelle interne.

Scale dell'aiuto

Esaminando le scale del successo/insuccesso riferite all'aiuto, i dati appaiono complessivamente omogenei tra i due gruppi, ad esclusione dei valori superiori allamedia presenti in IA ovvero Insuccesso/Aiuto.

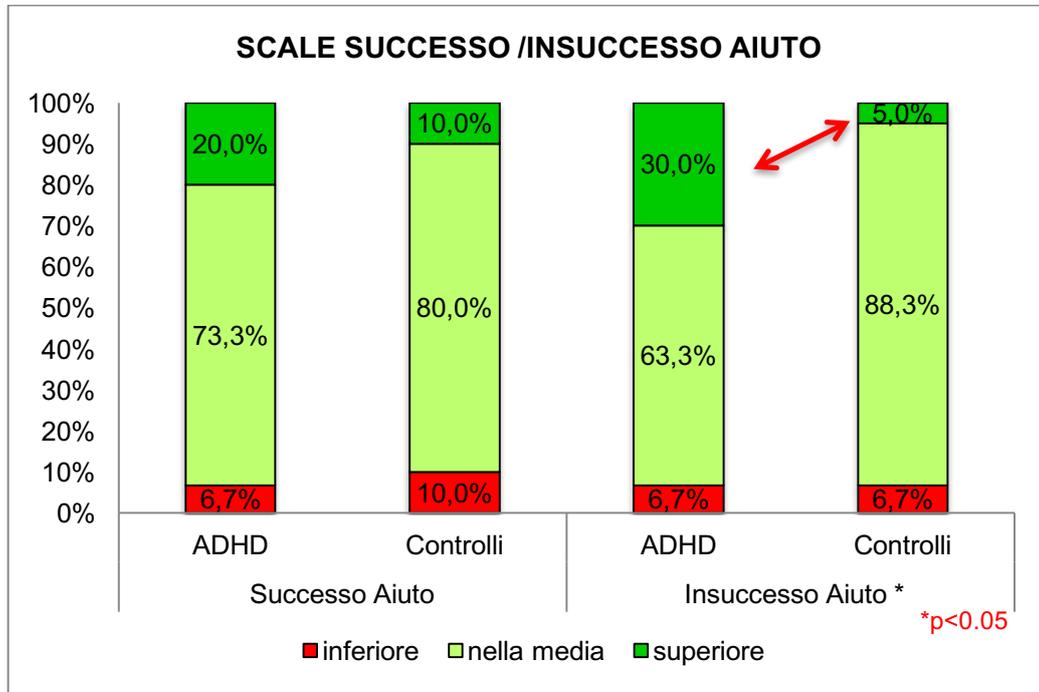


Grafico 8.39: valori riportati dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'aiuto

Dette scale presentano differenze statisticamente significative al test di Mann-Whitney ($p < 0,05$) e ci indicano che il 30% dei ragazzi con ADHD, contro un 5% dei coetanei, assegna valori elevati ai propri insuccessi correlati all'aiuto, fornendo pertanto –anche in questo caso- un peso rilevante ad una variabile attributiva esterna.

Per una lettura complessiva del sistema attributivo espresso dai ragazzi di entrambi i campioni è stata effettuata un'aggregazione tra valori riferiti alle scale di attribuzione interna (impegno SI-II, abilità SB-IB) da un lato e valori riferiti alle scale di attribuzione esterna (compito SC-IC, fortuna SF-IF e aiuto SA-IA) dall'altro.

Al T1 le evidenze emerse e presentate nel box-plot sottostante ci mostrano che l'attribuzione interna dei ragazzi diagnosticati presenta valori inferiori ai

controlli, mentre inversamente le variabili esterne offrono indici più elevati rispetto ai coetanei. La differenza tra i campioni risulta statisticamente significativa sia rispetto alle attribuzioni interne ($p=0,0005$ al test di Mann-Whitney), che rispetto alle attribuzioni esterne ($p=0,0008$ al test di Mann-Whitney).

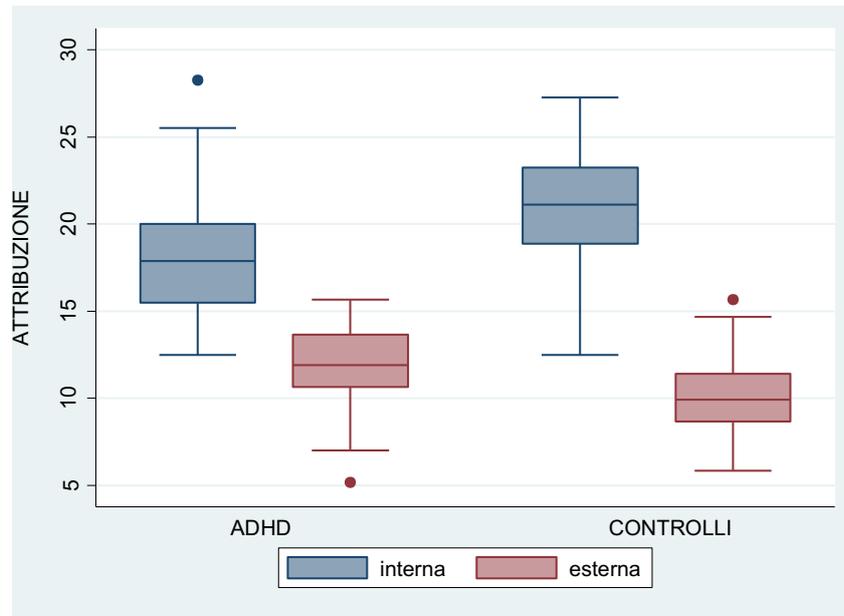


Grafico 8.35: box-plot con attribuzioni interne ed esterne dei due campioni al T1

In conclusione l'esame dei dati raccolti attraverso il *Questionario di Attribuzione*, il confronto rispetto ai dati normati dello strumento e la comparazione delle evidenze emerse tra gruppo clinico e gruppo di controllo, ci permettono di sostenere le seguenti conclusioni:

- i ragazzi con ADHD, rispetto ai loro coetanei, presentano un sistema attributivo fortemente orientato all'esterno, assegnando un ruolo rilevante ai propri successi ed insuccessi a elementi incontrollabili e difficilmente prevedibili dal soggetto, quali compito e soprattutto fortuna e aiuto.
- Il sistema attributivo interno, che afferisce in primis alla scala dell'impegno, è deficitario e quindi risulta carente il sistema di utilizzo efficace delle proprie strategie.
- In sintesi questi ragazzi non si trovano attualmente nella condizione di leggere i propri successi o insuccessi come originati da un

investimento o mancato investimento personale, delegando a cause altre e non ascrivibili e imputabili al sé, sia le vittorie che le sconfitte. In tal modo viene esautorata la parte attiva che il soggetto può assumere di fronte alle sfide cognitive presentate dai differenti contesti di vita quotidiana, destituendo il proprio ruolo di agente efficiente.

CAPITOLO 9: il retest, analisi e interpretazione dei dati

Come previsto dal disegno sperimentale, la ricerca dopo aver osservato una prima fase (T1) di somministrazione di questionari ai soggetti del gruppo clinico e ai soggetti del gruppo di controllo, ha affrontato la seconda fase di retest (T2) in cui gli strumenti psicometrici sono stati nuovamente sottomessi a distanza di un anno ai ragazzi con ADHD e ai coetanei. Al follow-up a 12 mesi sono stati coinvolti gli stessi bambini e ragazzi che hanno partecipato alla prima fase testistica, seguendo i protocolli di somministrazione previsti ed utilizzati precedentemente. E' stato profuso un intenso sforzo organizzativo e relazionale per assicurare la completa operazione di retest a tutti i soggetti reclutati al T1. Tuttavia, sia nel gruppo clinico che in quello di controllo, precedentemente selezionati secondo parametri di omogeneità, si è manifestata una flessione numerica come di seguito indicato:

	T1 - TEST	T2- RETEST
Gruppo clinico ADHD	30	28
Gruppo di controllo	60	55

Tabella 9.1: numero di reclutati al Tempo 1 e al Tempo 2 per ciascun campione

Le 2 unità perse nel gruppo clinico sono state determinate dalla resistenza o non disponibilità manifestata dai ragazzi. Dopo numerosi, prolungati e pazienti solleciti si è deciso di interrompere la richiesta per non inficiare ulteriormente una loro particolare e incisiva situazione personale legata al disturbo in oggetto.

La riduzione di 5 unità nel gruppo di controllo reclutato tra gli iscritti delle istituzioni scolastiche locali, è stata determinata da spostamenti scolastici o trasferimenti di residenza all'estero, situazioni che non hanno permesso di recuperare i soggetti per la risomministrazione degli strumenti testistici.

La variazione dei campioni tra T1 e T2 è stata presa in considerazione per l'analisi statistica dei dati che è stata effettuata grazie alla collaborazione della Dott.ssa Montico dell'IRCCS Burlo Garofalo. Sono stati confrontati i dati emersi nel TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima) e nel Questionario di Attribuzione con i risultati ottenuti dai ragazzi con ADHD e dai controlli negli stessi questionari a distanza di un anno dalla prima compilazione. Per l'analisi statistica dei dati dello studio osservazionale trasversale con controllo sono stati utilizzati i programmi SPSS e STATA12 e considerate:

- per le variabili categoriche il test del Chi Quadrato di Pearson o il test di Fischer quando appropriato,
- per le variabili continue il test non parametrico di Mann-Whitney

Le differenze tra il gruppo clinico ed il gruppo di controllo sono state considerate statisticamente significative con $p < 0.05$.

9.1 Il TMA

Il Test TMA, somministrato al fine di valutare l'autostima dei soggetti del gruppo clinico e del gruppo di controllo, è stato riproposto a distanza di un anno dalla prima compilazione. Di seguito verranno proposte le analisi emerse dalla lettura dei dati test/retest del gruppo clinico e successivamente le osservazioni relative alle evidenze emerse nel confronto tra gruppo clinico e gruppo di controllo al TMA pre/post.

9.1.1 Il retest TMA nel gruppo ADHD

Ora si considereranno le evidenze emerse nel confronto test/retest del TMA nei ragazzi ADHD, dapprima in ogni singola sottoscala dell'autostima e poi nella scala globale.

La scala 1 denominata scala interpersonale e riferita all'autostima in contesti d'interazione sociale, evidenzia come i ragazzi con ADHD presentano in maggioranza, sia nella prima che nella seconda fase testistica, valori nella media con un incremento degli stessi nel T2. Va parimenti segnalato nella fase di retest che questi ragazzi mostrano un leggero incremento dei valori negativi rispetto alla media (da 27,70% a 32,14%) ed un leggero decremento di quelli positivi rispetto alla media (da 11% a 7,14%).

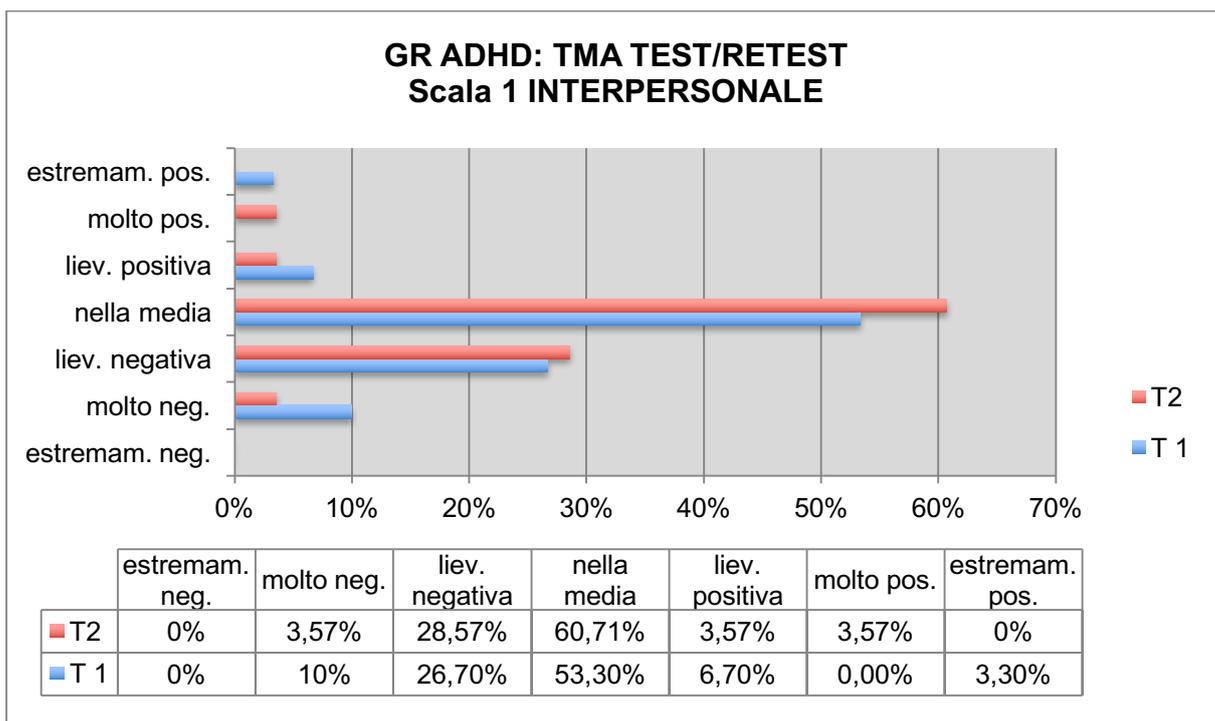


Grafico 9.1: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala dell'autostima interpersonale

Ciò significa che nei ragazzi ADHD la comparazione tra i dati emersi nell'autostima interpersonale nel test e poi nel retest offrono dei risultati analoghi ma con un spostamento verso valori più bassi. Come si evince dal box-plot di seguito presentato si può osservare che la mediana è pressoché la medesima ma l'interquartile al 75° percentile si colloca su valori più bassi rispetto alla prima fase testistica.

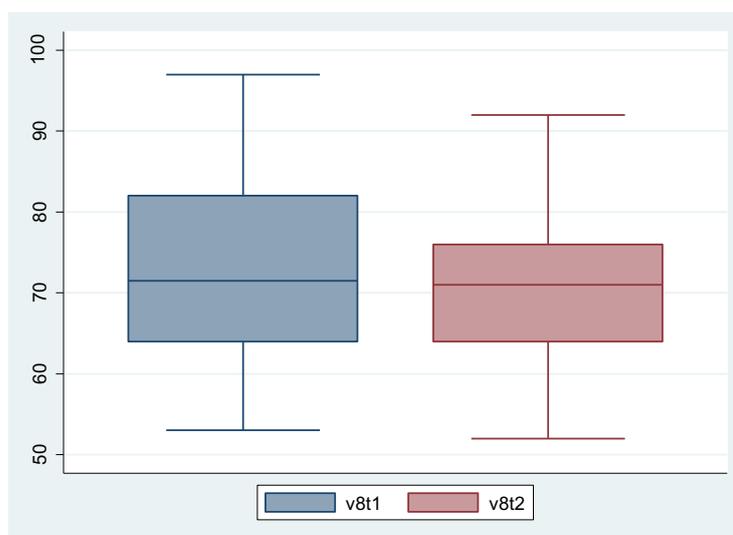


Grafico 9.2: campione clinico scala interpersonale, differenze test retest

La scala 2 del TMA ovvero la scala delle competenze di controllo rispetto agli stimoli ambientali che conducono a successi o insuccessi conferma nel T2 la prevalenza di valori nella media per i soggetti del gruppo clinico. E' opportuno però segnalare rispetto alla prima fase testistica la lieve flessione degli stessi (-1,7%) e dei valori lievemente superiori alla media (-3,13%), in opposizione all'aumento dei valori inferiori alla media che complessivamente passano dal 16,7% del T1 al 21,42% del T2 .

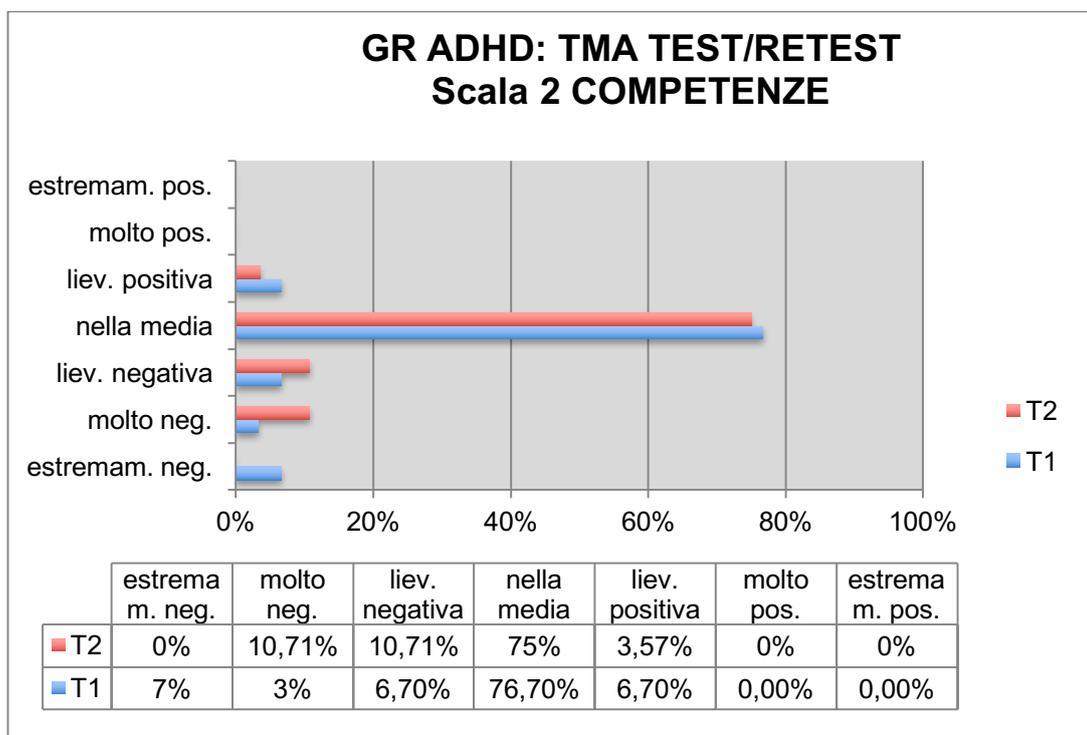


Grafico 9.3: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala delle competenze

La scala 3 emozionale fornisce dati riferiti all'autostima dei soggetti in relazione alle proprie reazioni emotive. Si evince che al follow-up a distanza di un anno i ragazzi con ADHD confermano la netta prevalenza di valori che si attestano nella media (al retest il 78,57%). I valori medi o lievemente positivi si incrementano. Anche quelli lievemente e molto negativi vedono un aumento ma è scomparso quel 7% di soggetti che nella prima fase testistica presentava valori estremamente negativi; in tal modo i dati che si collocano

sotto i valori medi –presi nella loro globalità- indicano che al T2 c'è stata una riduzione degli stessi (dal 16,7% al 14,29%) pari al -2,41%.

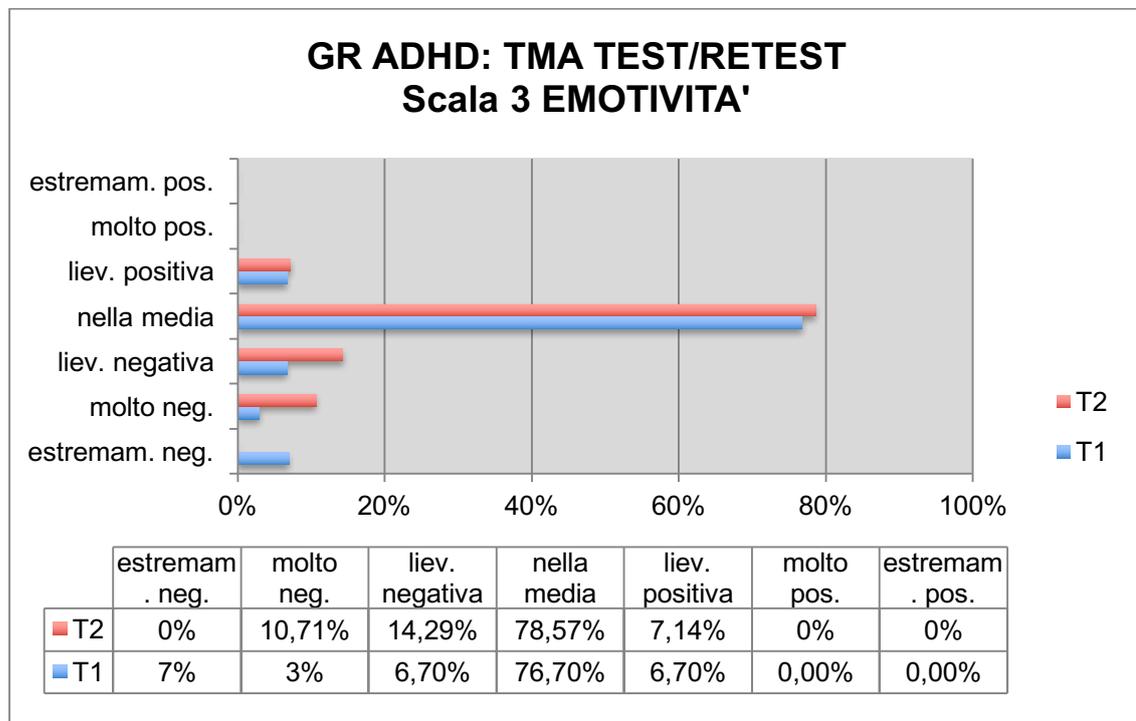


Grafico 9.4: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala dell'emotività

La scala scolastica, la quarta del test TMA, presenta i dati riferiti all'autostima maturata dai ragazzi con ADHD in relazione a esperienze scolastiche curricolari ed extracurricolari. La criticità delle evidenze emerse nella prima fase testistica trovano profondi cambiamenti a 12 mesi di distanza.

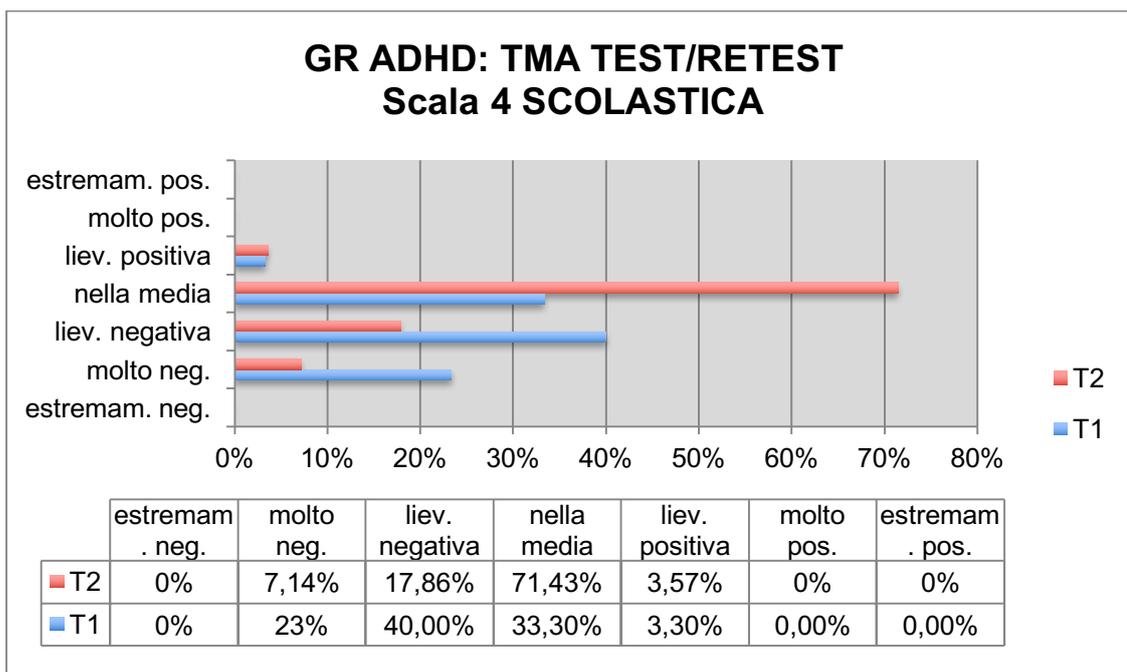


Grafico 9.5: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala scolastica

Emerge il picco dei valori che si attestano nella media, pari al 71,43%, che supera ampiamente il precedente 33,3%. In modo analogo si riscontra la riduzione dei valori lievemente e molto negativi, che complessivamente sono passati dal 63% al 25%, mostrando una sostanziale e rilevante riduzione. Nella scala scolastica il gruppo clinico esprime tra il test e il retest un forte cambiamento, che si mostra anche leggendo questa scala secondo due variabili categoriali. Se infatti da un lato raggruppiamo i valori inferiori alla media (63% al T1 e 36,6% al T2) e dall'altro i valori che si attestano nella media o superano la stessa (25% al T1 e 75% al T2), le difformità si mostrano con evidenza.

Inoltre la scala scolastica del gruppo clinico mostra delle differenze tra T1 e T2, come indicato dal box-plot sottostante, che risultano essere statisticamente significative ($p=0,002$).

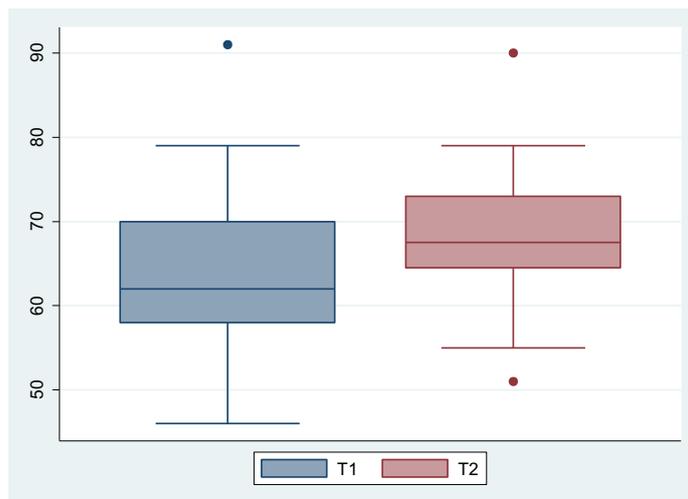


Grafico 9.6: campione clinico nella scala scolastica, differenza test retest

La scala familiare, la quinta del TMA, indaga i livelli di autostima dei ragazzi in ambito familiare. Si legge una flessione (-8,84) dei dati che si attestano nei valori medi, ma il calo è ampiamente recuperato dalla comparsa (+14,29%) di valori che presentano un'autostima lievemente positiva in contesto domestico. Una diminuzione complessiva pari a un -5,44% si riscontra nei feedback che si collocano al di sotto dei valori medi.

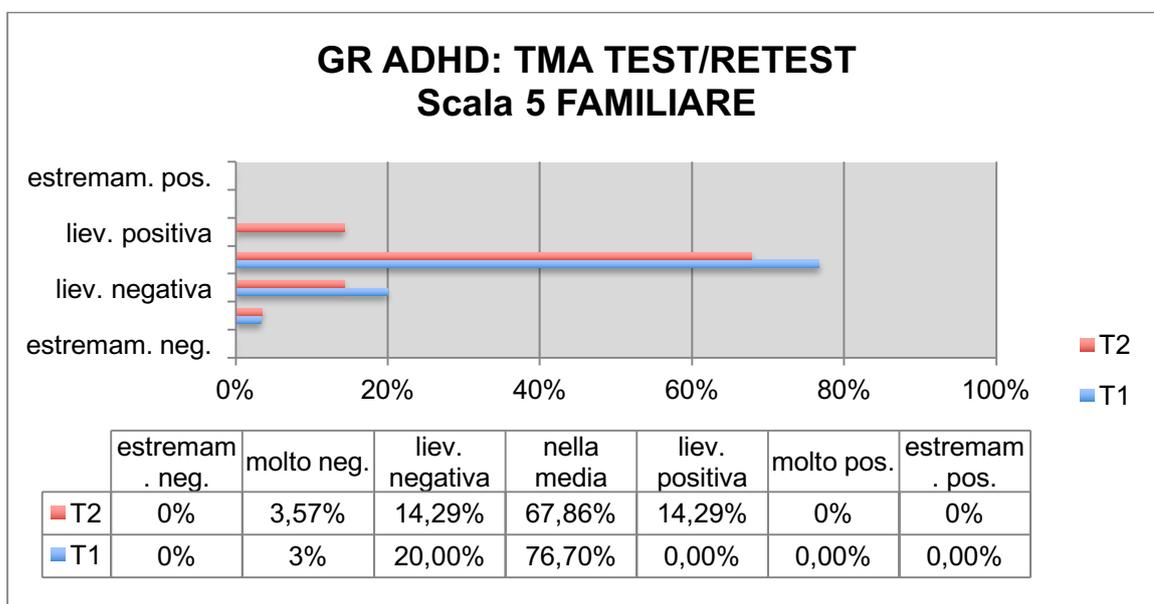


Grafico 9.7: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala familiare

La scala corporea, che misura l'autostima dei soggetti in relazione ai ritorni ricevuti rispetto alle proprie peculiarità e qualità fisiche nei vari contesti di

vita, presenta un miglioramento in positivo dei dati emersi al T1, che già delineavano una percezione del sé corporeo prevalentemente in linea con i dati medi dei coetanei appartenenti al campione standardizzato. I valori nella media sono passati dal 66,7% all'82,14%, mentre l'autostima lievemente negativa è calata (-16,43%) e autostima lievemente e molto positiva sono complessivamente aumentate del +4,29%.

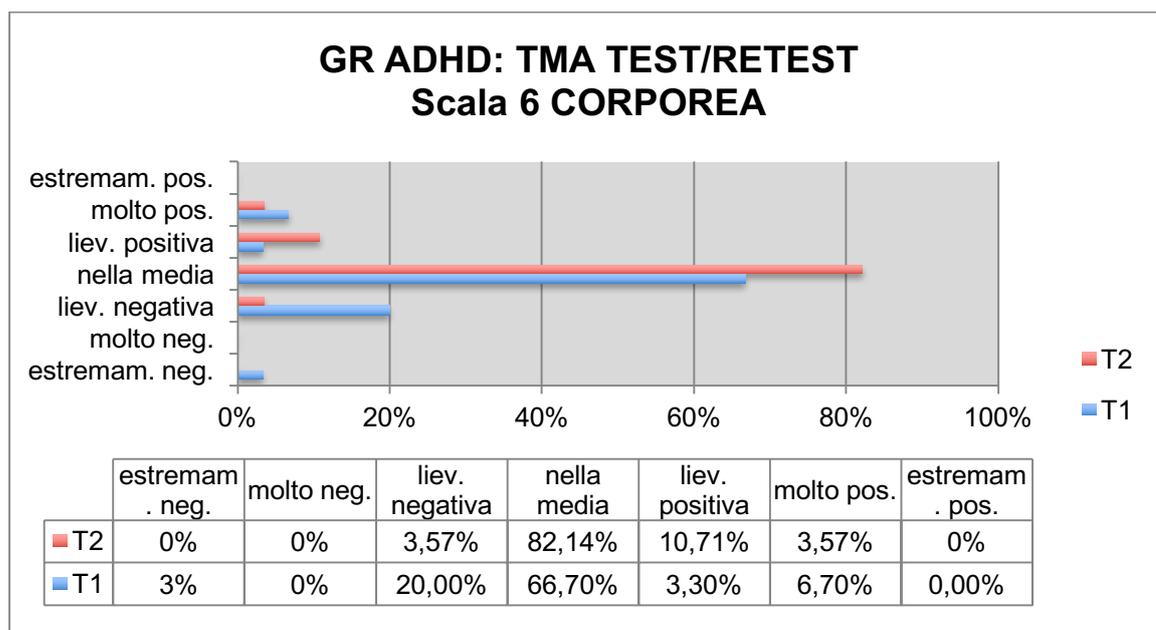


Grafico 9.8: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala corporea

La scala globale presenta la sintesi interconnessa delle 6 sottoscale precedentemente analizzate, fornendo una visione complessiva dell'autostima dei ragazzi ADHD. La fase di retest mostra che i dati raccolti si concentrano esclusivamente su 3 dei 7 livelli di autostima e specificatamente su valori medi o lievemente superiori o inferiori agli stessi, come mostrato dal grafico sottostante. Si legge un aumento del +18,13 dell'autostima che si colloca nei valori medi, un +0,71 per i valori superiori a quelli medi e ben un -18,84% per i valori negativi che complessivamente si attestano al di sotto di quelli medi.

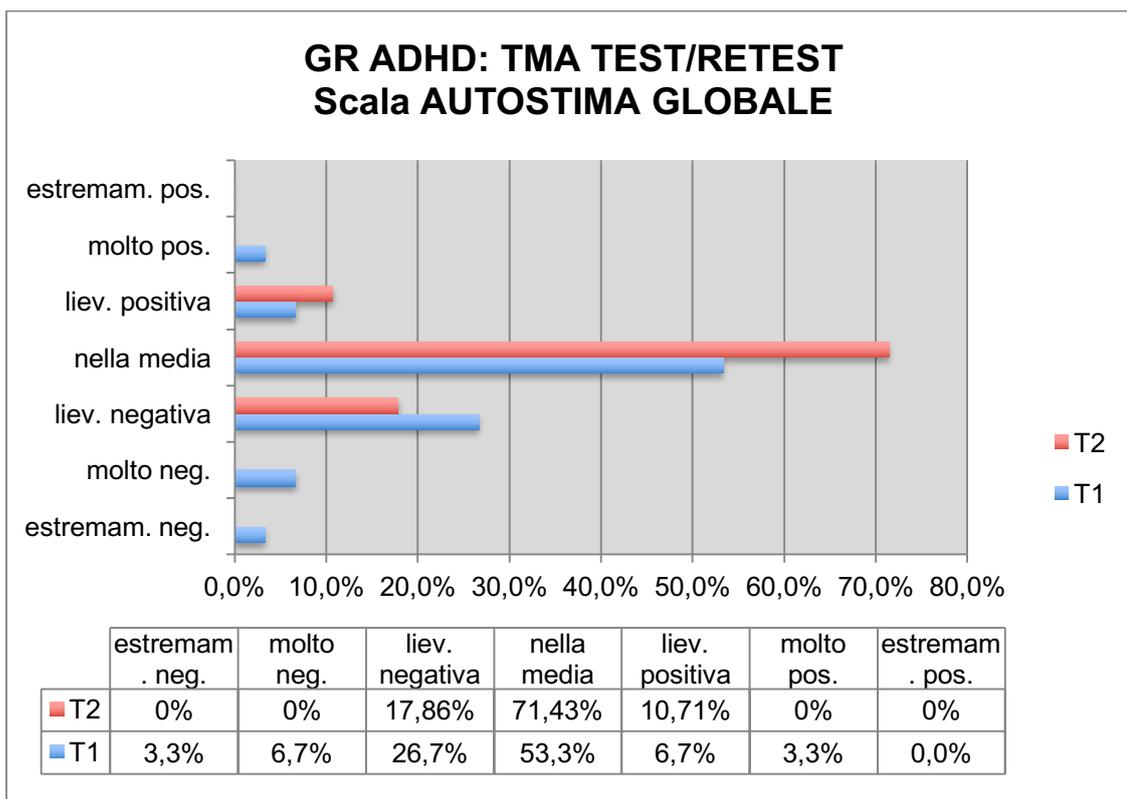


Grafico 9.1: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nella scala dell'autostima globale

Leggendo complessivamente al T1 e al T2 le 6 sottoscale e la scala dell'autostima globale secondo 3 variabili categoriali, raggruppanti valori inferiori alla media, nella media e superiori alla media, come da tabella di seguito proposta, si traggono delle interessanti considerazioni.

VALORI TMA – GRUPPO ADHD AL TEST T1/ RETEST T2						
	inferiori alla media		nella media		superiori alla media	
	T 1	T 2	T 1	T 2	T 1	T 2
scala 1 relazioni	36,7%	32,14%	53,3%	60,71%	10%	7,14%
scala 2 ambiente	44,3%	21,42%	46,7%	75%	10%	3,75%
scala 3 emotività	16,7%	14,29%	76,7%	78,14%	6,6%	7,14%
scala 4 scuola	63%	25%	33,3%	71,43%	3,3%	3,57%
scala 5 famiglia	23,3%	17,86%	76,7%	67,86%	0%	14,29%
scala 6 corpo	23,3%	3,57%	66,7%	82,14%	10%	14,29%
Scala AUTOSTIMA	36,7%	17,86%	53,3%	71,43%	10%	10,71%

Tabella 9.9: valori riportati dal campione ADHD al test TMA al Tempo 1 e 2

Il confronto tra i dati emersi nella prima e nella seconda somministrazione del test al campione clinico di ragazzi con ADHD a distanza di 12 mesi si mostra con evidenza anche nel confronto tra le colonne dell'istogramma sottostante:

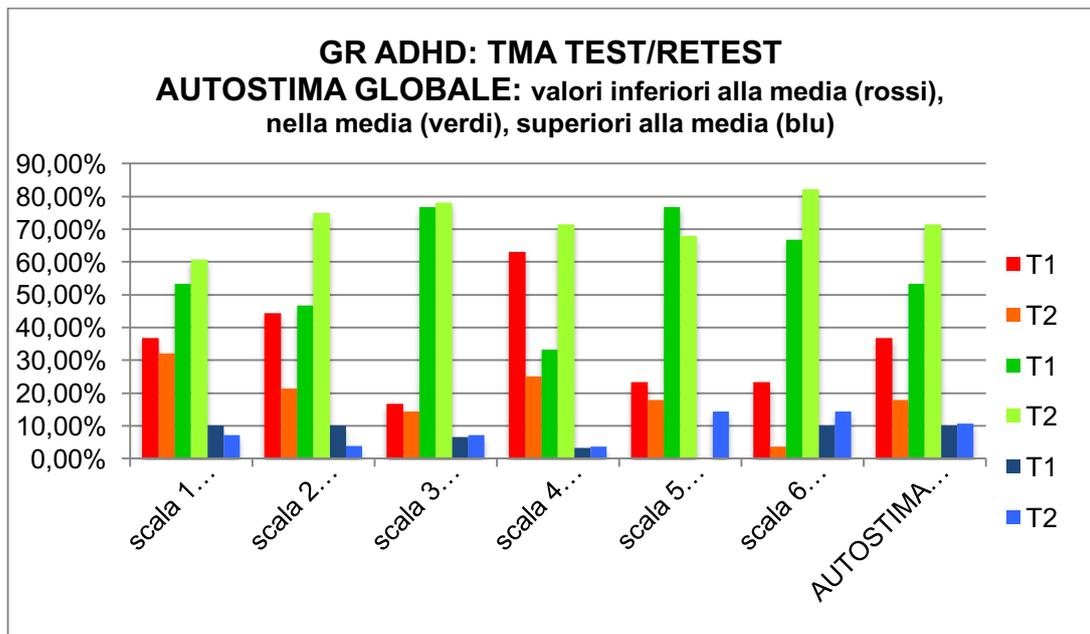


Grafico 9.10: valori riportati al T1 e T2 dal campione clinico nel test TMA

Guardando complessivamente al gruppo dei soggetti con ADHD il raffronto tra i dati ottenuti nella prima fase di somministrazione del test TMA e le evidenze emerse al successivo follow-up ci permettono di sostenere alcune affermazioni.

- Emerge un miglioramento dei valori relativi all'autostima globale
- Analogo miglioramento si mostra nelle 6 sottoscale riferite alle dimensioni specifiche, che presentano in 5 scale su 6 un aumento dei valori medi e in 6/6 una diminuzione dei valori negativi.
- I migliori livelli di autostima si ritrovano al T2 nella scala emozionale e corporea, mentre al T1 in quella emozionale e familiare. Ciò conferma la buona percezione di sé che i ragazzi hanno in funzione delle proprie reazioni emotive; la buona autostima familiare vede invece una flessione e lascia il posto a quella corporea. Ciò può essere letto anche alla luce della particolare fascia d'età dei soggetti e delle dinamiche preadolescenziali in atto.
- La scala scolastica, che al T1 si era presentata come la scala più critica e fragile per i valori estremamente bassi che aveva espresso, al T2 mostra una netta inversione di tendenza. L'autostima scolastica dei ragazzi con ADHD si manifesta a distanza di 12 mesi completamente rinnovata grazie al deciso innalzamento dei valori nella media e a una drastica riduzione dei valori negativi. (La differenza tra casi al T1 e al T2 risulta inoltre statisticamente significativa).

Ciò ci conduce a concludere che al follow-up a 1 anno di distanza l'autostima dei ragazzi con ADHD ha subito delle modificazioni che si sono manifestate attraverso un naturale (senza specifici interventi ad hoc) e positivo miglioramento. Se questo dato confortante emerge da un'osservazione esclusivamente interna al gruppo clinico si tratterà ora di vedere se queste progressioni trovano conferma -e in quale modo- rispetto alle evidenze emerse dal confronto con il gruppo di controllo.

9.1.2 Il retest TMA nel gruppo clinico e di controllo

Consideriamo ora i dati del Test Multidimensionale dell'Autostima confrontando i dati raccolti attraverso le risomministrazioni al gruppo dei ragazzi con ADHD e al gruppo dei controlli, e comparando gli esiti emersi al T1 e al T2. Passeremo prima in esame le 6 scale dell'autostima specifica e poi la scala di sintesi attribuita all'autostima globale.

Scala 1: autostima interpersonale

Al T2 la situazione dei gruppi appare come indicato dagli aerogrammi di seguito proposti. I ragazzi con ADHD presentano la frequenza prevalente nei valori medi (60,71%) ma decisamente inferiore rispetto ai coetanei (80%). Emerge poi la consistente percentuale dei valori lievemente inferiori alla media presenti nel gruppo dei diagnosticati (28,57% vs 7,27% dei controlli).

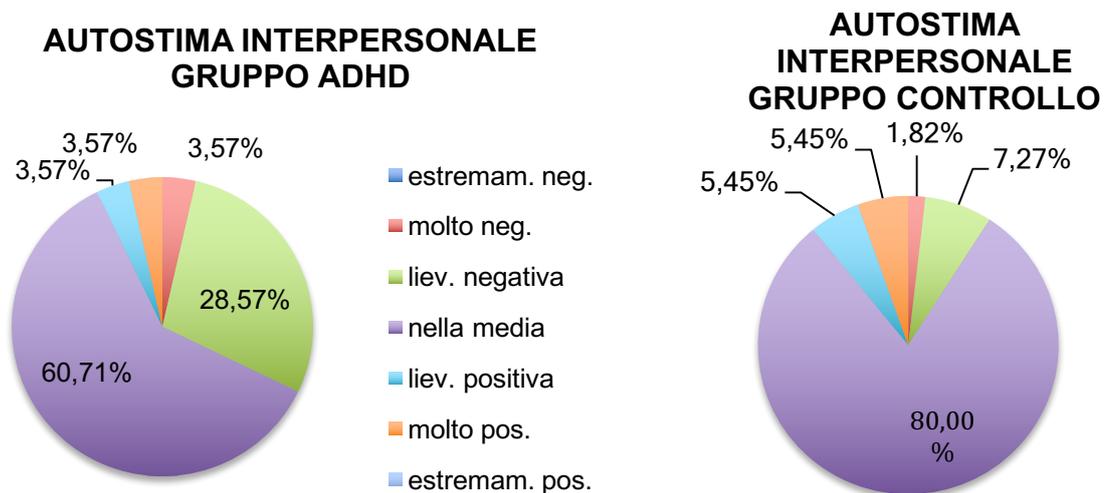


Grafico 9.11: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima interpersonale del TMA

I valori grezzi al retest per casi e controlli nella scala dell'autostima interpersonale, mostrati nel box-plot sottostante, evidenziano una differenza tra i gruppi al T2, differenza che statisticamente risulta essere significativa ($p= 0,0083$).

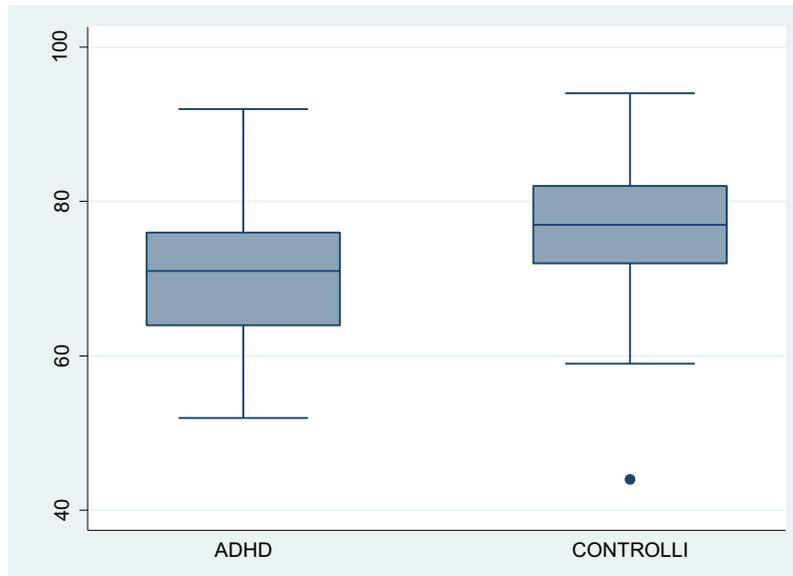


Grafico 9.12: campione clinico e do controllo al T2 nella scala dell'autostima interpersonale del TMA

Le differenze emergono anche leggendo i dati secondo 2 variabili categoriali (dati negativi/dati nella media o superiori), dove i ragazzi con ADHD presentano nell'autostima interpersonale il 32,14% dei valori inferiori alla media vs il 9,09% dei controlli.

AUTOSTIMA INTERPERSONALE AL T2	GR CLINICO	GR CONTROLLO
Valori nella media o superiori *	67,86%	90,91%
Valori inferiori alla media *	32,14%	9,09%

Tabella 9.3: percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima interpersonale del TMA nel retest

I dati di queste due variabili, nel confronto casi/controlli al T2, presentano una differenza statisticamente significativa al test esatto di Fisher (*p = 0,013).

Facendo ora un raffronto tra T1 e T2 per quanto riguarda i due campioni testati circa l'autostima interpersonale emerge che i ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività hanno lievemente migliorato i valori positivi al T2 67,86% (rispetto al precedente 63,3%).

AUTOSTIMA INTERPERSONALE T1vsT2	T1		T2	
	GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori	63,3%	93,3%	67,86%	90,91%
Valori inferiori alla media	36,7%	6,7%	32,14%	9,09%

Tabella 9.4: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima interpersonale del TMA

I coetanei manifestano una lieve flessione nei valori positivi, che passano dal 93,3% al 90,91%. Nonostante questi andamenti viene confermata anche nella anche nella fase di retest un'autostima interpersonale dei ragazzi ADHD inferiore rispetto ai coetanei del gruppo di controllo.

Scala 2: autostima nelle competenze di controllo sull'ambiente

Sia nel gruppo clinico che in quello di controllo le frequenze maggiori riguardano i dati che si attestano su valori nella media, che comunque sono superiori nel gruppo di controllo (85,45% vs 75%).

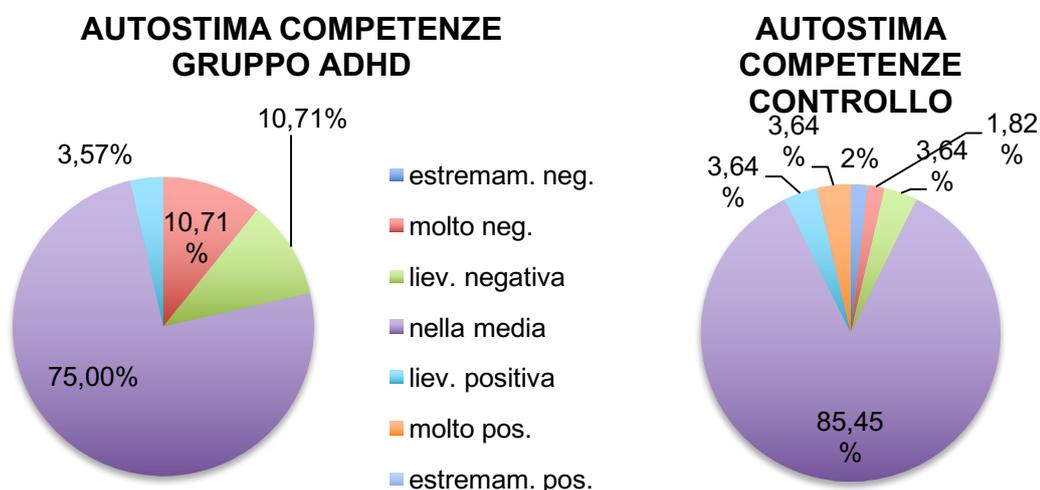


Grafico 9.13: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima delle competenze del TMA

Il confronto tra casi e controlli al retest, come indicato nel plox-plot di seguito presentato, mostrano una differenza tra i gruppi, differenza che risulta essere statisticamente significativa ($p = 0,0026$).

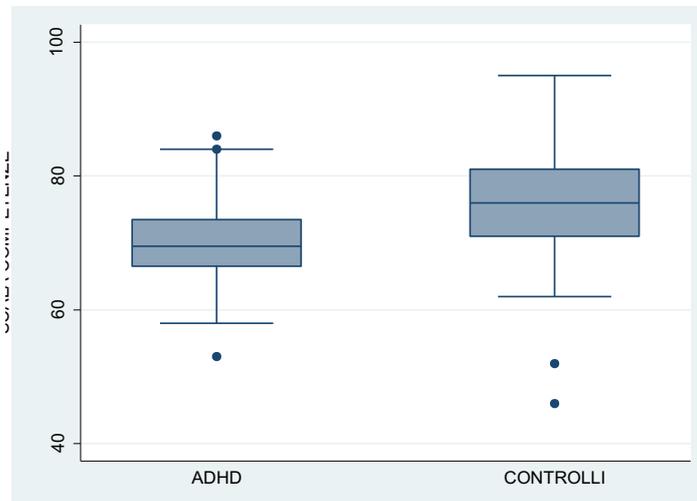


Grafico 9.14: campione clinico e di controllo al T2 nella scala dell'autostima delle competenze

Raggruppando i dati secondo 2 variabili categoriali (dati negativi/dati nella media o superiori ad essa), i ragazzi con ADHD presentano nell'autostima riferita alla scala delle competenze valori negativi tripli rispetto ai controlli (21,43 vs 7,27).

AUTOSTIMA COMPETENZE AL T2	GR CLINICO	GR CONTROLLO
Valori nella media o superiori *	78,57%	92,73%
Valori inferiori alla media *	21,43%	7,27%

Tabella 9.5: percentuali riportate dai due campioni nella scala autostima delle competenze del TMA nel retest

Nel confronto casi/controlli, i dati presentano nella fase di retest una differenza tra i gruppi statisticamente significativa al test esatto di Fisher (* $p = 0,08$).

Nel confronto tra T1 e T2, i due campioni testati circa l'autostima riferite alle proprie abilità e competenze di risposta rispetto agli stimoli ambientali, emerge che in entrambi i gruppi a distanza di un anno i valori positivi sono in crescita, particolarmente quelli dei ragazzi con disturbo. I dati mostrano

anche che si sono dimezzati i valori inferiori alla media per entrambi i campioni (da 43,3% a 21,43% nel gruppo 1 e da 15% a 7,27% nel gruppo 2).

AUTOSTIMA T1vsT2	COMPETENZE	T1		T2	
		GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori		56,7%	85%	78,57%	92,73%
Valori inferiori alla media		43,3%	15%	21,43%	7,27%

Tabella 9.6: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima interpersonale del TMA

Questi favorevoli aumenti degli indici positivi e parallela riduzione di quelli negativi mantengono la differenza tra i due gruppi, ove il campione clinico conferma di non attestarsi sui valori di quello di controllo conservando complessivamente un'autostima inferiore rispetto ai coetanei per quanto concerne capacità e abilità di determinare successi e insuccessi in risposta agli stimoli ambientali.

Scala 3: autostima emozionale

Il retest effettuato in merito alla scala emozionale mostra le frequenze maggiori nei valori medi sia per i ragazzi del gruppo clinico (78,57%) sia per quelli del gruppo di controllo (80%). Le percentuali residue sono differentemente distribuite ma i due gruppi si presentano con una certa omogeneità.

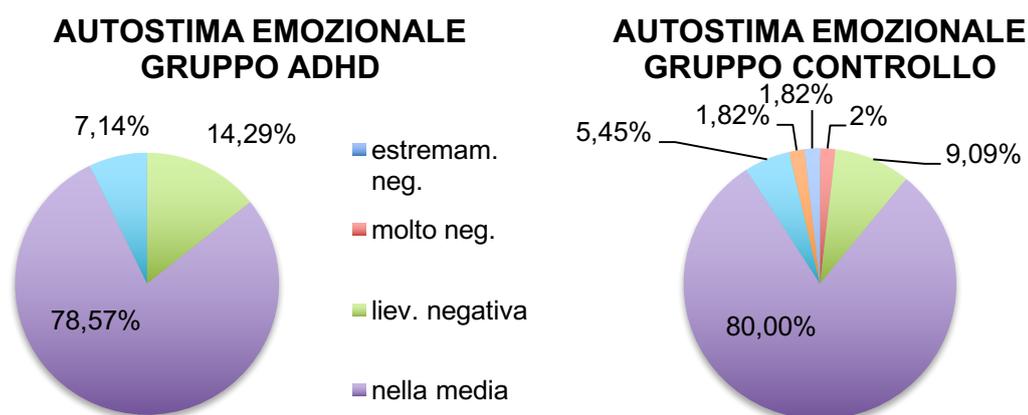


Grafico 9.15: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima emozionale del TMA

Anche confrontando i dati emersi dal test con quelli espressi in fase di retest raggruppando da un lato valori nella media o superiori alla stessa e dall'altro valori inferiori, si evince che dopo 12 mesi i valori positivi in entrambi i gruppi sono leggermente aumentati, mantenendo sempre una lieve flessione nel gruppo degli ADHD rispetto ai controlli e che quelli negativi si sono di poco ridotti (-1,7% nei ragazzi diagnosticati e -4,09% nei controlli).

AUTOSTIMA EMOZIONALE	T1		T2	
	GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
T1vsT2				
Valori nella media o superiori	83,3%	85%	85,71%	89,09%
Valori inferiori alla media	16,7%	15%	14,29%	10,91%

Tabella 9.7: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima emozionale del TMA

La lettura dei dati di risomministrazione e il confronto tra test/retest ci conferma che l'autostima emozionali dei ragazzi con ADHD è decisamente buona, inferiore -ma di poco- a quella dei coetanei sia al T1 che al T2.

Scala 4: autostima scolastica

La scala riferita all'autostima scolastica presenta delle interessanti evidenze. Come mostrano le sezioni maggiori degli aerogrammi per il 71,43% degli ADHD e per il 72,73% dei controlli l'autostima si attesta su valori medi.

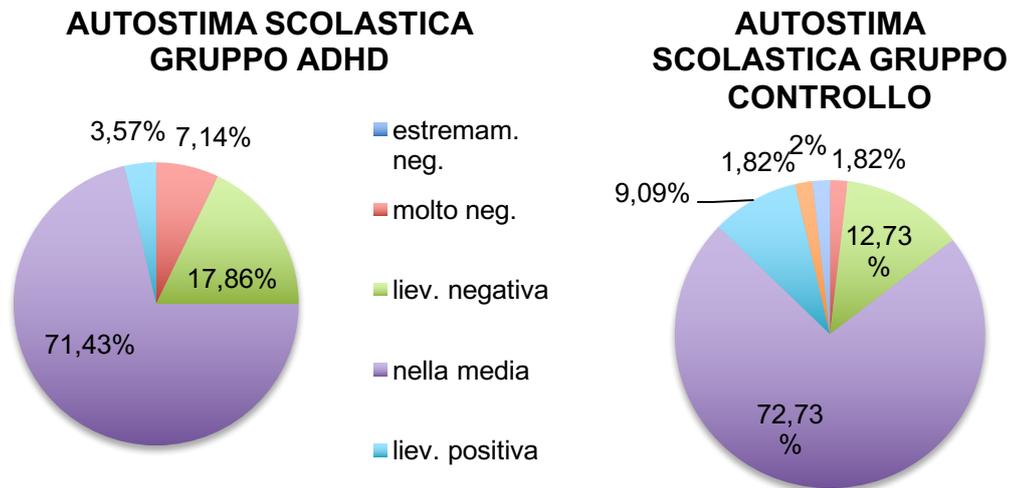


Grafico 9.16: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima scolastica del TMA

Va però segnalata una diversità tra i due gruppi come mostra il sottostante box-plot che considera la differenza tra i gruppi al retest, differenza che risulta essere statisticamente significativa ($p= 0,0106$).

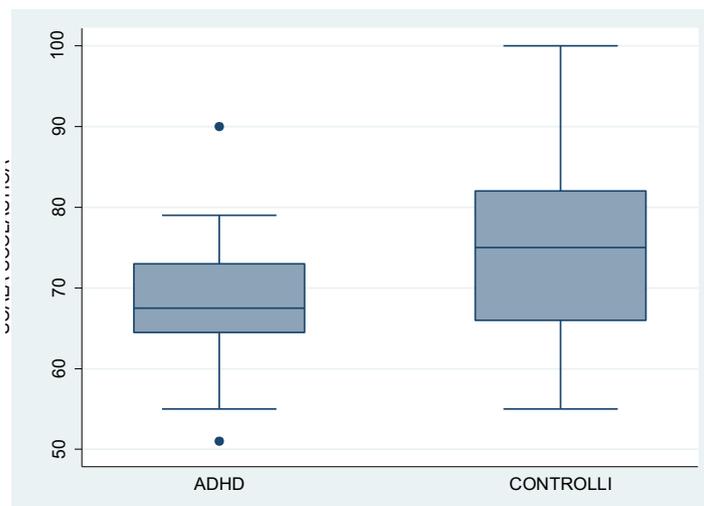


Grafico 9.17: campione clinico e di controllo al T2 nella scala dell'autostima scolastica

Come si evidenzia dalle scatole del box-plot, la mediana del gruppo clinico è decisamente inferiore a quella dei controlli come anche i valori massimi.

AUTOSTIMA T1vsT2	SCOLASTICA	T1		T2	
		GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori		36,7%	80%	75%	85,45%
Valori inferiori alla media		63,3%	20%	25%	14,55%

Tabella 9.8: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima scolastica del TMA

Nel confronto tra test e retest i ragazzi con ADHD manifestano un aumento sostanziale dei valori positivi che ci porta a sostenere che l'autostima scolastica al follow-up a 12 mesi di distanza si presenta modificata passando da valori prevalentemente negativi (63,3%) a quelli positivi (75%). Permangono tuttavia delle differenze nel confronto tra i gruppi, discrepanze meno sensibili rispetto alla prima fase testistica ma nondimeno durature. Al T1 emergeva la compromissione dell'autostima scolastica degli ADHD, che al T2 si presenta fortemente migliorata, tuttavia non ancora in linea con i valori dei coetanei.

Scala 5: autostima familiare

I dati presentano un'autostima familiare con valori nella media per il 67,86% del gruppo clinico vs l'80% di quello di controllo. Nei ragazzi con disturbo compare anche un 14,29% che mostra valori superiori a quelli medi (cosa che al T1 era assente). I valori negativi –ovvero inferiori alla media- sono presenti in entrambi i gruppi ma in modalità diversificata poiché toccano il 17,86 del gruppo ADHD e pressoché la metà, 9,09%, del gruppo dei coetanei.

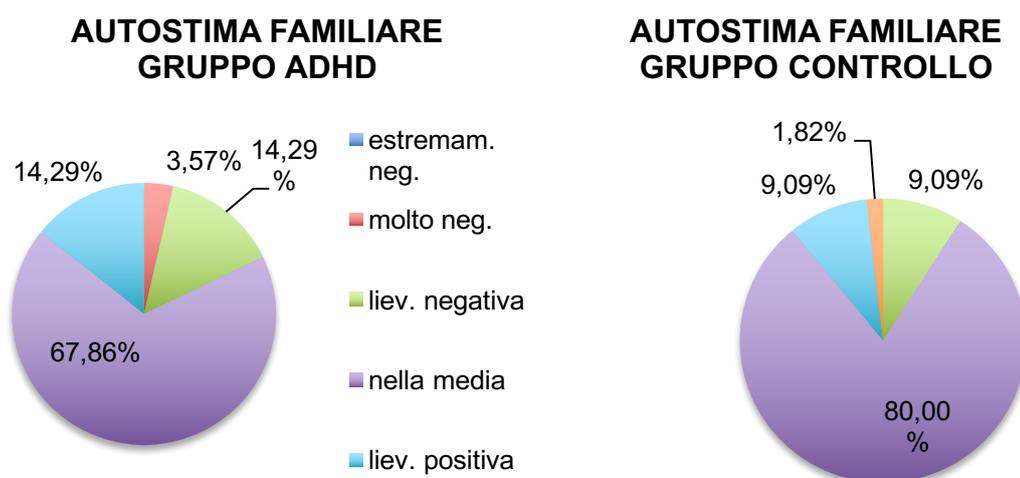


Grafico 9.18: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima familiare del TMA

Per confrontare i dati emersi tra la prima e la seconda somministrazione del test TMA, assembliamo i valori in due cluster come indicato dalla tabella sottostante.

AUTOSTIMA FAMILIARE T1vsT2	T1		T2	
	GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori	76,7%	96,7%	82,14%	90,91%
Valori inferiori alla media	23,3%	3,3%	17,86%	9,09%

Tabella 9.9: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima familiare del TMA

Si vede che l'autostima familiare dei ragazzi con disturbo già decisamente buona nella prima fase testistica è migliorata nel passaggio tra T1 e T2, mentre quella dei controlli ha subito una flessione. Nonostante la progressione manifestata dal gruppo clinico e la parallela regressione dei controlli, permane anche al T2 uno scarto tra valori dei gruppi, che mantiene i ragazzi con ADHD in posizione di difetto rispetto ai coetanei.

Scala 6: autostima CORPOREA

In questa scala i valori che si attestano nella media sono elevati per entrambi i gruppi e quello dei ragazzi diagnosticati (82,14%), presenta qualche punto in percentuale in più rispetto ai coetanei (78,18%). Complessivamente però emerge un equilibrio tra i campioni, bilanciamento che viene confermato anche rispetto agli indici superiori ai valori medi (14,29% vs 16,36%), come anche in quelli inferiori (3,5% vs 5,45%). In sintesi si può affermare che nella fase di retest la scala dell'autostima corporea si presenta in modo sostanzialmente omogeneo nei due campioni.

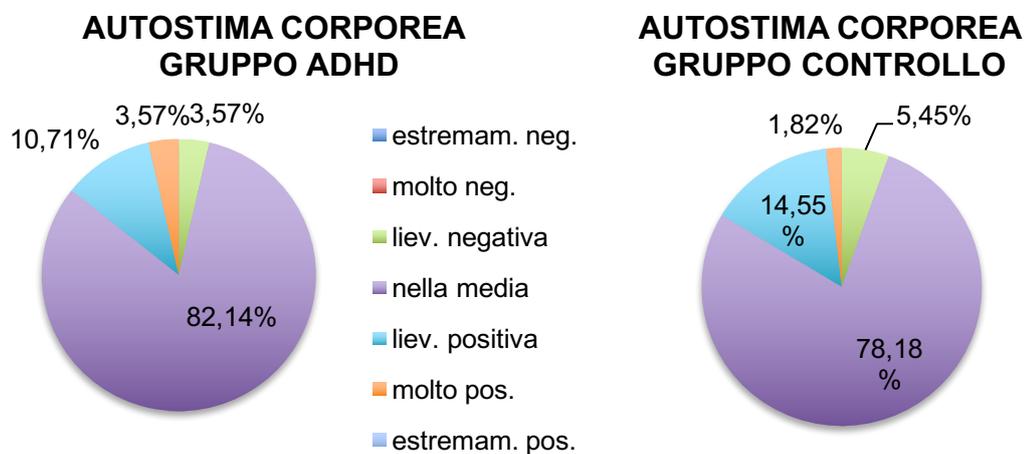


Grafico 9.19: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima corporea del TMA

Passando ora a esaminare e confrontare i dati della prima e seconda somministrazione dello strumento standardizzato si può leggere, come esposto nella tabella sottostante, un aumento dei valori positivi in entrambi i gruppi ed in particolare per gli ADHD. La progressione presenta al follow-up, i campioni secondo valori pressoché omogenei, indicando la presenza di un'autostima corporea decisamente buona in tutti i ragazzi testati.

AUTOSTIMA T1vsT2	CORPOREA	T1		T2	
		GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori		76,7%	86,7%	96,43%	94,55%
Valori inferiori alla media		23,3%	13,3%	3,57%	5,45

Tabella 9.10: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima corporea del TMA

Scala dell'autostima globale

Dopo aver effettuata una lettura analitica delle 6 sottoscale, ora verrà presa in considerazione la scala dell'autostima globale che fornisce una visione complessiva riassumendo le 6 dimensioni del test TMA.

Gli aereogrammi mostrano un'autostima globale con valori nella media per il 71,43% del gruppo clinico e il 74,55% di quello di controllo. I valori superiori alla media sono pari al 10,71% negli ADHD e al 16,36% nei coetanei. I valori negativi sono invece del 17,86% nel campione dei diagnosticati e del 9,09% dei ragazzi senza disturbo.

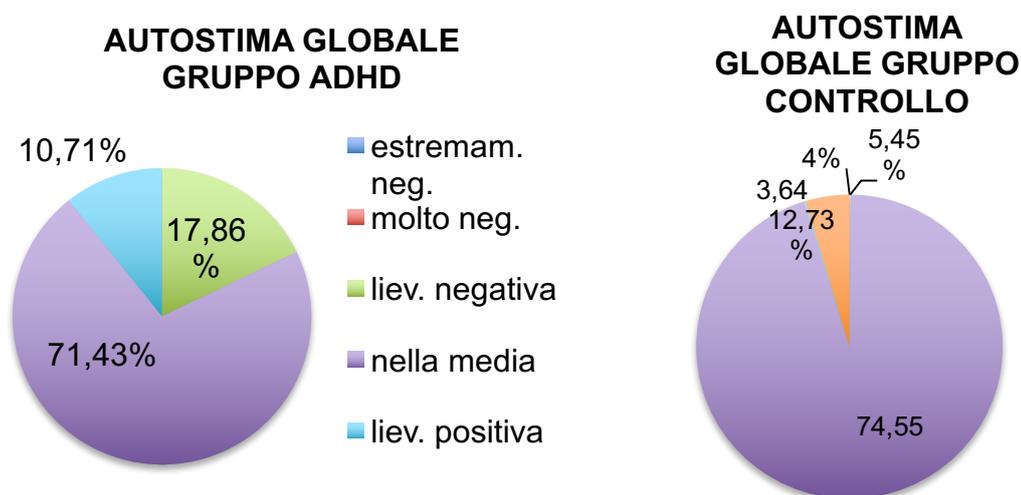


Grafico 9.20: valori riportati al T2 dai due campione nella scala dell'autostima globale del TMA

La diversità tra i due gruppi come mostra il sottostante box-plot, che considera la differenza tra i campioni al T2, è statisticamente significativa ($p=0,0079$).

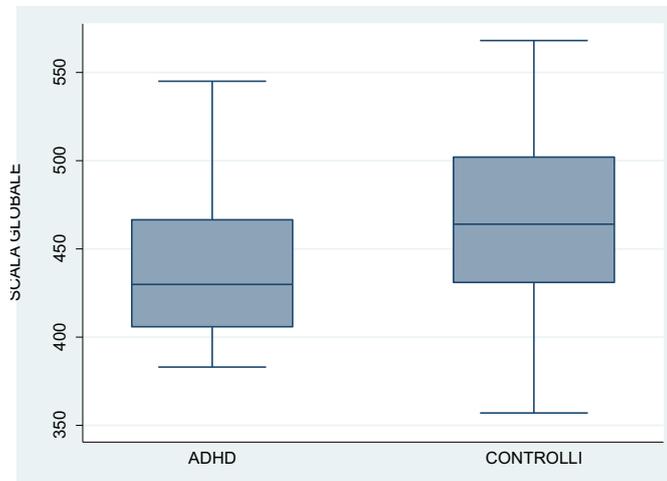


Grafico 9.21: campione clinico e di controllo al T2 nella scala dell'autostima globale

Nel confronto tra test e retest –come mostrato in tabella che segue- si evince che l'autostima globale è migliorata in entrambi i gruppi e particolarmente in quello clinico. Nello specifico i valori nella media o superiori alla stessa hanno registrato un +18,84 per il gruppo dei ragazzi diagnosticati e un +2,61 per i coetanei appartenenti ai controlli.

AUTOSTIMA GLOBALE T1vsT2	T1		T2	
	GR ADHD	GR CONT.	GR ADHD	GR CONT.
Valori nella media o superiori	63,3%	88,3%	82,14%	90,91%
Valori inferiori alla media	36,7%	11,7%	17,86%	9,09%

Tabella 9.11: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nella scala dell'autostima globale del TMA

Nonostante la rilevante progressione dei ragazzi con ADHD si mantiene però per gli stessi uno scarto (-8,77%) rispetto ai valori positivi espressi dai coetanei. Questo ci permette di affermare che l'autostima globale misurata attraverso il TMA ha espresso un miglioramento negli outcomes di entrambi i

gruppi ed in particolare di quello clinico che tuttavia non si trova posizionato però sugli stessi valori dei controlli che si conservano su indici più elevati.

Per avere una cornice complessiva degli esiti mostrati dal 2 campioni ed in precedenza analiticamente esaminati, si presenta la tabella sottostante che mostra i valori riportati -nella fase di test T1 e di retest T2- nelle scale specifiche e nella scala globale dell'autostima secondo due variabili categoriali (valori inferiori alla media / valori nella media o superiori alla media).

TMA		T1		T2	
		GR	GR	GR	GR
test multidimensionale dell'autostima		ADHD	CONT.	ADHD	CONT.
Scala 1 INTERPERSONALE	Valori nella media o superiori	63,3%	93,3%	67,86%	90,91%
	Valori inferiori alla media	36,7%	6,7%	32,14%	9,09%
Scala 2 COMPETENZE	Valori nella media o superiori	56,7%	85%	78,57%	92,73%
	Valori inferiori alla media	43,3%	15%	21,43%	7,27%
Scala 3 EMOZIONALE	Valori nella media o superiori	83,3%	85%	85,71%	89,09%
	Valori inferiori alla media	16,7%	15%	14,29%	10,91%
Scala 4 SCOLASTICA	Valori nella media o superiori	36,7%	80%	75%	85,45%
	Valori inferiori alla media	63,3%	20%	25%	14,55%
Scala 5 FAMILIARE	Valori nella media o superiori	76,7%	96,7%	82,14%	90,91%
	Valori inferiori alla media	23,3%	3,3%	17,86%	9,09%
Scala 6 CORPOREA	Valori nella media o superiori	76,7%	86,7%	96,43%	94,55%
	Valori inferiori alla media	23,3%	13,3%	3,57%	5,45%

		media			
Scala GLOBALE	Valori nella media o superiori	63,3%	88,3%	82,14%	90,91%
	Valori inferiori alla media	36,7%	11,7%	17,86%	9,09%

Tabella 9.12: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni in tutte le scale del del TMA

Alla luce della sintesi sopra riportata e dell'esame analitico precedentemente effettuato è possibile individuare e sostenere le conclusioni di seguito riportate relativamente alle 6 dimensioni dell'autostima specifica e alla scala ascritta all'autostima globale riferite alla popolazione del campione clinico e al campione di controllo nel T2, e nel confronto tra T1 e T2.

- Anche nella fase di retest –come in quella di test- l'autostima dei ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività si colloca complessivamente nei valori medi misurati attraverso lo strumento psicometrico standardizzato TMA.
- Nel confronto tra T1 e T2 i ragazzi con ADHD nelle dimensioni specifiche dell'autostima hanno visto l'aumento nei valori che si collocano nella media o sopra la stessa in 6/6 sottoscale.
- Le scale con valori più elevati (nella media o superiori) degli individui con disturbo si confermano come al T1 la scala dell'autostima emozionale, dell'autostima familiare e dell'autostima corporea; la scala dell'autostima interpersonale si produce in un lieve miglioramento al T2 ma si presenta come la più fragile tra le dimensioni dell'autostima analizzate.
- I soggetti diagnosticati hanno mostrato invece un sostanziale e consistente innalzamento dei valori dell'autostima scolastica che nella prima fase testistica risultava compressa, mentre al follow-up a 12 mesi presenta forti indici di miglioramento anche se sempre in difetto rispetto ai coetanei.

- Per quanto attiene ai ragazzi appartenenti alla popolazione di controllo, nelle sottoscale dell'autostima hanno espresso una progressione in 4 dimensioni su 6, e nella fattispecie nella scala dell'autostima delle competenze, emozionale, scolastica, corporea. Hanno invece esibito una lieve flessione degli indici positivi per quanto concerne la scala riferita all'autostima interpersonale e all'autostima familiare.
- Nel complessivo confronto test/retest emerge una progressione negli indici positivi (nella media o superiori) di autostima globale sia nel gruppo dei diagnosticati (dal 63,3% a 82,14%) che nel gruppo dei controlli (dal 88,3% a 90,91%).
- Nonostante le progressioni dei ragazzi appartenenti al campione clinico in tutte le scale e la circoscritta flessione (scala 5 familiare) manifestata dai controlli, l'autostima nelle restanti 5 sottoscale come anche nell'autostima globale presenta sempre valori inferiori nel gruppo clinico rispetto a quello di controllo.

In conclusione se l'autostima con il passare del tempo e l'aumentare dell'età dei soggetti trova un naturale miglioramento, vero è che i ragazzi con deficit attentivo e d'iperattività/impulsività si trovano nell'area dell'autostima sempre in condizione di svantaggio rispetto ai coetanei.

9.2 Il Questionario di attribuzione: evidenze emerse dal test/retest

Nei due successivi paragrafi verranno prima presentati e analizzati i risultati riportati dai ragazzi ADHD nel retest del Questionario di attribuzione e poi confrontati con i valori espressi dal campione di controllo.

9.2.1 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD

Il questionario di attribuzione, riproposto in seconda somministrazione dopo 12 mesi ai ragazzi del campione clinico e del campione di controllo, ha fornito le seguenti evidenze nelle 10 sottoscale di cui è composto lo strumento standardizzato e validato.

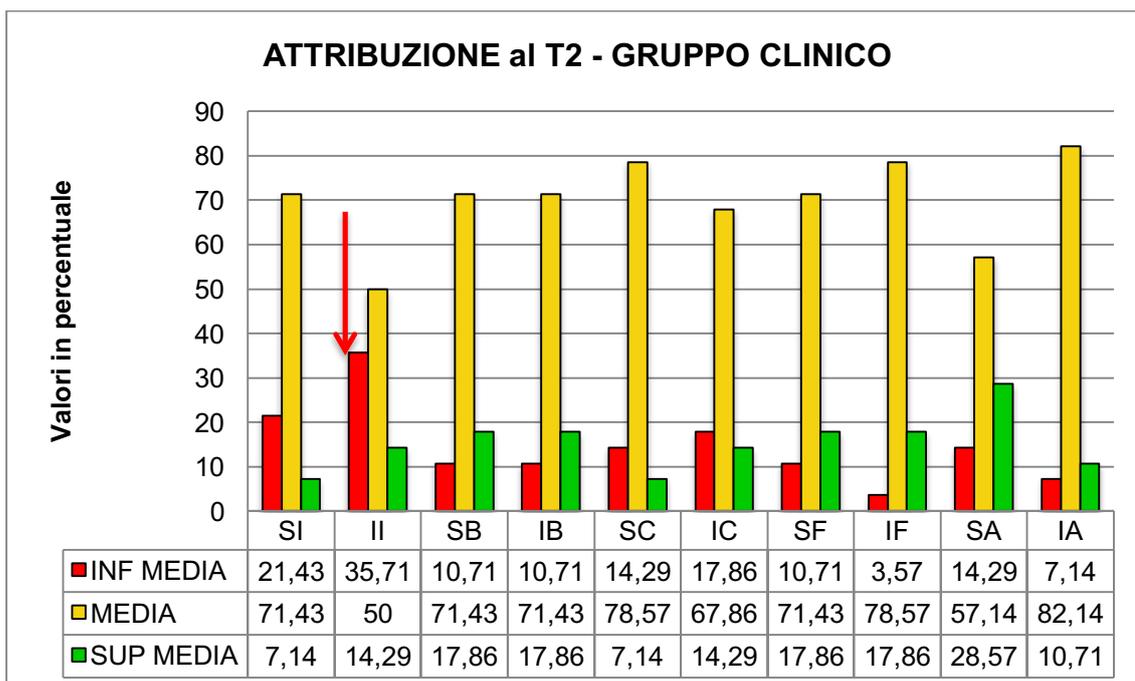


Grafico 9.22: valori riportati dal campione clinico nelle scale di attribuzione al T2

Come mostrano con chiarezza le colonne gialle dell'istogramma, gli indici con maggiore frequenza si collocano in tutte le scale nei valori appartenenti alla media e tra questi staccano le scale SC successo/compito, IF insuccesso/fortuna e IA insuccesso/aiuto. Queste 3 scale afferiscono al sistema attributivo esterno. Tra i valori invece inferiori alla media spicca la colonna rossa II, ovvero la scala insuccesso/impegno, che insieme alla SI, è determinante per tracciare il profilo attributivo dei soggetti secondo una prospettiva che orienta verso uno stile attributivo interno. Tra i valori superiori alla media va segnalata la colonna verde della scala SA, successo/aiuto, che decreta per questi ragazzi l'importanza data a un elemento esterno quale l'aiuto estrinseco per la determinazione dei propri successi.

Facendo un confronto tra i valori espressi dai ragazzi con ADHD al T2 e i dati normativi proposti dallo strumento testistico che distingue tra valori standard con riferimento più basso e valori standard con riferimento più alto, si ottiene il grafico di seguito riportato.

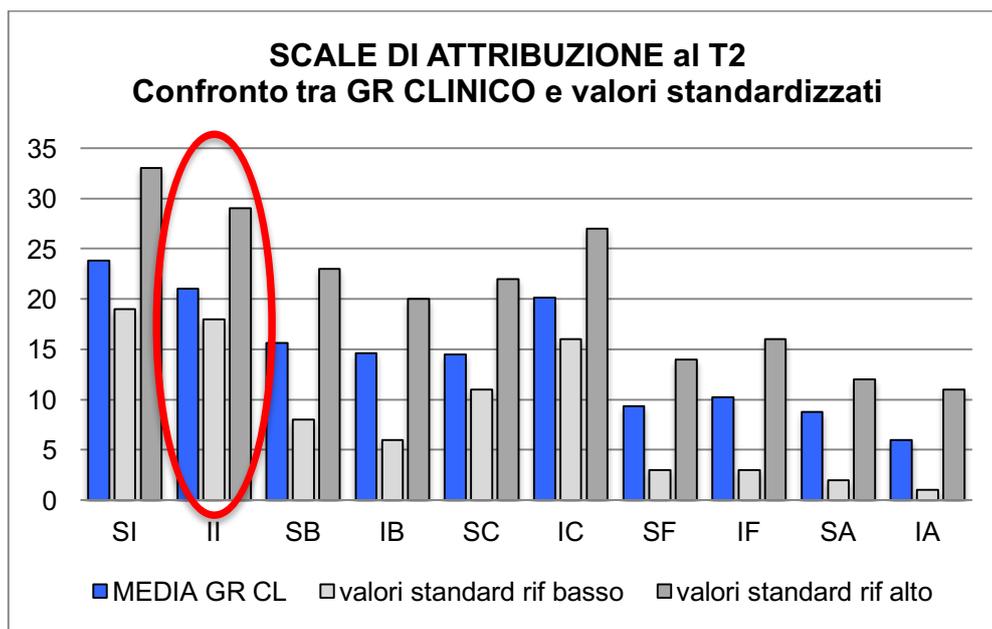


Grafico 9.23: valori riportati al T2 dai due campioni nelle scale di attribuzione e confrontati coi limiti di normalità proposti dallo strumento standardizzato

Nella fase di retest la media espressa dai ragazzi del gruppo clinico si colloca in tutte e 10 nel range compreso tra i valori standard con riferimento più basso e e quelli con riferimento più alto. Ci preme però evidenziare che la scala che indaga la correlazione tra insuccessi ed impegno è quella che –pur restando compresa tra valori bassi e alti- si posiziona in più stretta prossimità dei valori normativi più bassi.

Passando ora al confronto tra i dati espressi dai ragazzi ADHD al T1 e al T2 secondo valori compresi nella media (in giallo) e valori superiori (in verde) e inferiori alla stessa (in rosso), leggiamo attraverso il grafico sottostante, i cambiamenti che si sono prodotti nell'arco temporale.

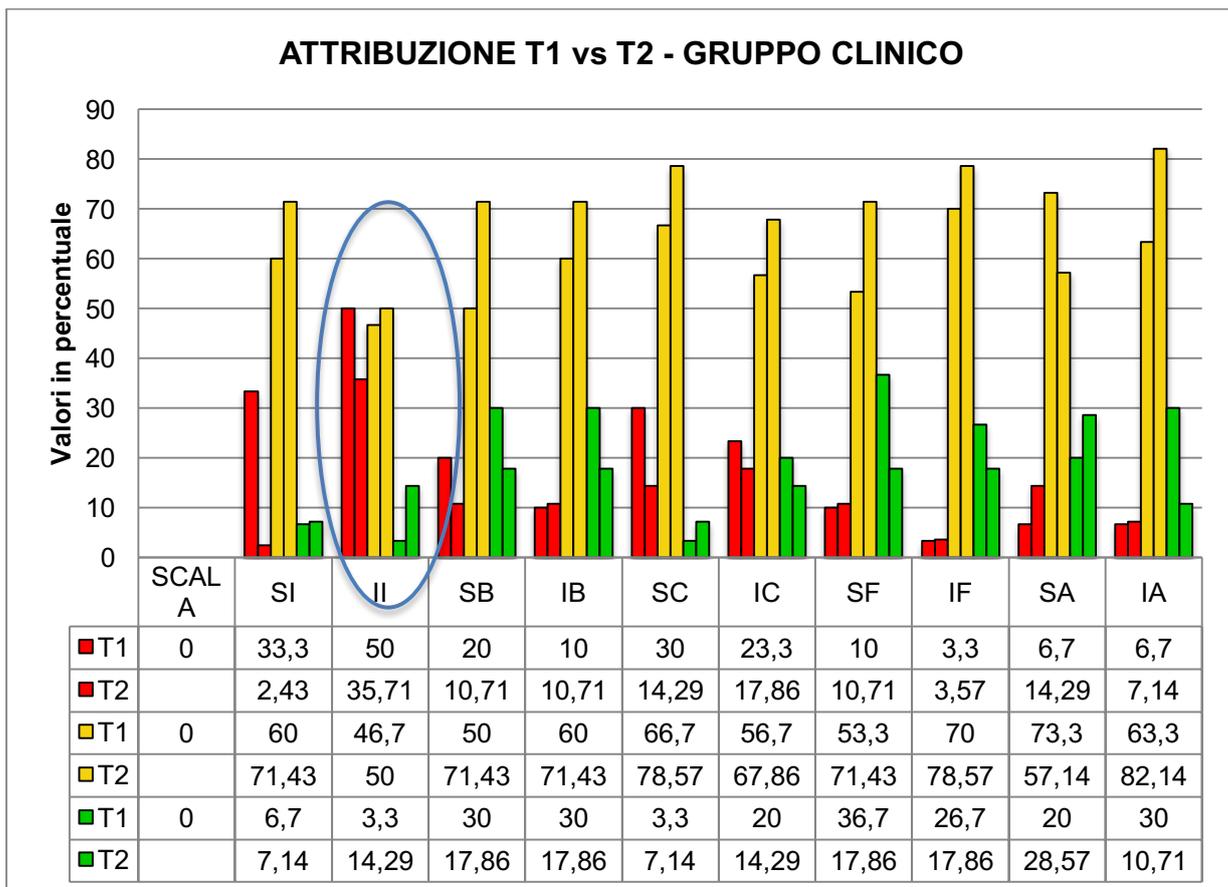


Grafico 9.24: confronto tra i valori riportati al T1 e al T2 dai due campioni nelle scale di attribuzione

Si evince che:

- i valori medi sono aumentati in tutte le scale con esclusione solo della SA, scala successo/aiuto;
- i valori superiori alla media son aumentati in 3 scale (SI, II, SC) e diminuiti nelle restanti;
- i valori inferiori alla media si sono fortemente ridotti nella scala SI e ridotti nelle scale II, SB, SC, IC, aumentando lievemente in IB, SF, IF, IA ed in modo di poco più sensibile in SA;
- l'area di criticità che permane è quella rappresentata dalla scala II, insuccesso/impegno, che mantiene nel T1 come nel T2 i valori medi più bassi rispetto a tutte le altre e parallelamente i valori negativi più elevati. Ciò suggerisce che, nonostante le progressioni manifestate

nelle modalità attributive interne (cfr. SI), questi ragazzi esprimono una fragilità nell'assegnare all'impegno un ruolo determinante per i propri insuccessi.

9.2.2 Il questionario di attribuzione nei ragazzi con ADHD e nel gruppo di controllo

Confronto con i valori standardizzati al T2

In questa sezione prenderemo in considerazione il confronto tra i dati ottenuti nel nostro studio dalla somministrazione del Questionario di attribuzione al gruppo dei ragazzi diagnosticati e al gruppo omogeneo di controllo dei coetanei. Le evidenze emerse dalla tabulazione dei questionari sono state comparate con i valori standardizzati dello strumento. La lettura è stata effettuata raggruppando per entrambi i campioni i valori rispettivamente inferiori alla media, nella media e superiori alla stessa, come di seguito mostrato nei 3 sottostanti grafici.

Per quanto attiene i dati che risultano essere inferiori alla media standardizzata, il retest indica –come elemento sensibile- che i ragazzi con ADHD mostrano indici negativi elevati rispetto ai coetanei nella scala II, Insuccesso Impegno e in quella SB, Successo Abilità.

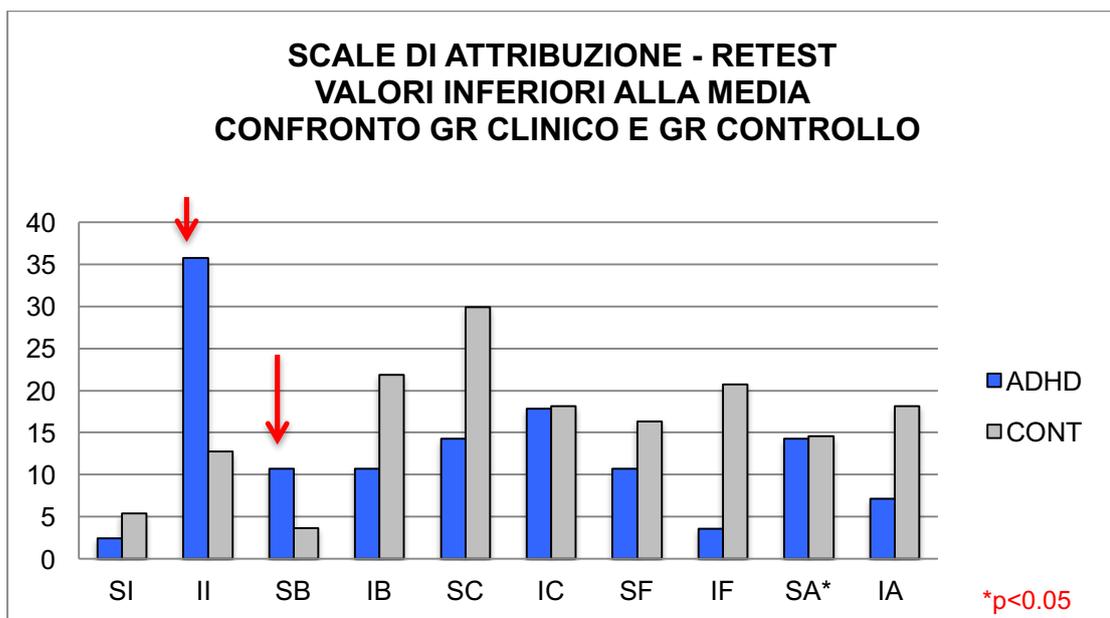


Grafico 9.25: valori inferiori alla media riportati dai due campioni nelle scale di attribuzione al T2

Considerando i risultati emersi nel rapporto casi vs controlli rispetto ai valori che si attestano nella media, il quadro complessivo si presenta come mostrato dalle colonnine del successivo istogramma. Qui ci preme sottolineare che –al di là di un’apparente omogeneità di valori tra i gruppi- le due scale che si presentano con valori più bassi sono quelle riferite all’impegno (SI-II) degli ADHD rispetto ai coetanei, ovvero le scale più rilevanti per una definizione attributiva che consideri gli elementi ascrivibili al sé per la determinazione dei proprio successi e insuccessi. Va altresì evidenziata –secondo una tendenza opposta- la presenza di valori maggiori dei ragazzi diagnosticati rispetto ai controlli nelle scale riferite all’Abilità (SB–IB), ossia l’altra scala rilevante per la determinazione del locus of control interno nello stile attributivo dei soggetti.

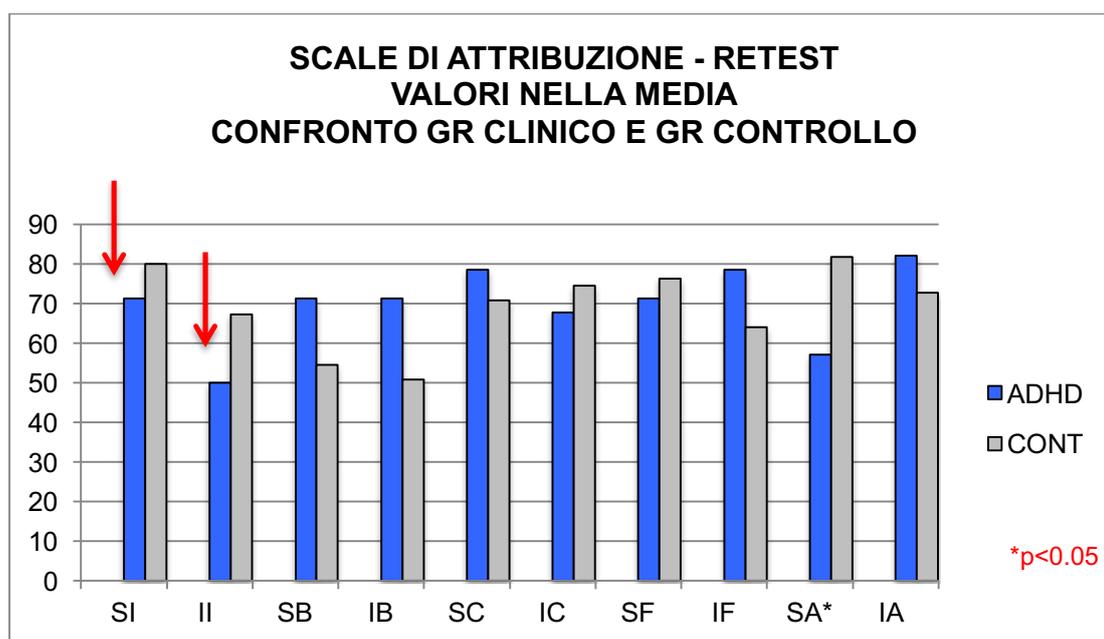


Grafico 9.26: valori nella media riportati dai due campioni nelle scale di attribuzione al T2

Infine completando la lettura con il confronto tra i gruppi in merito a valori che nella fase di retest si sono collocati su indici superiori alla media, si evince, come mostrato nell’istogramma sottostante, che il gruppo dei ragazzi appartenenti ai controlli presenta valori elevati nelle scale dell’abilità. Viceversa i soggetti del gruppo clinico mostrano indici elevati e

costantemente superiori ai controlli in tutte le scale che fanno riferimento a elementi ambientali ovvero determinanti nell'attribuzione di un locus attributivo esterno (SC-IC, SF-IF, SA-IA).

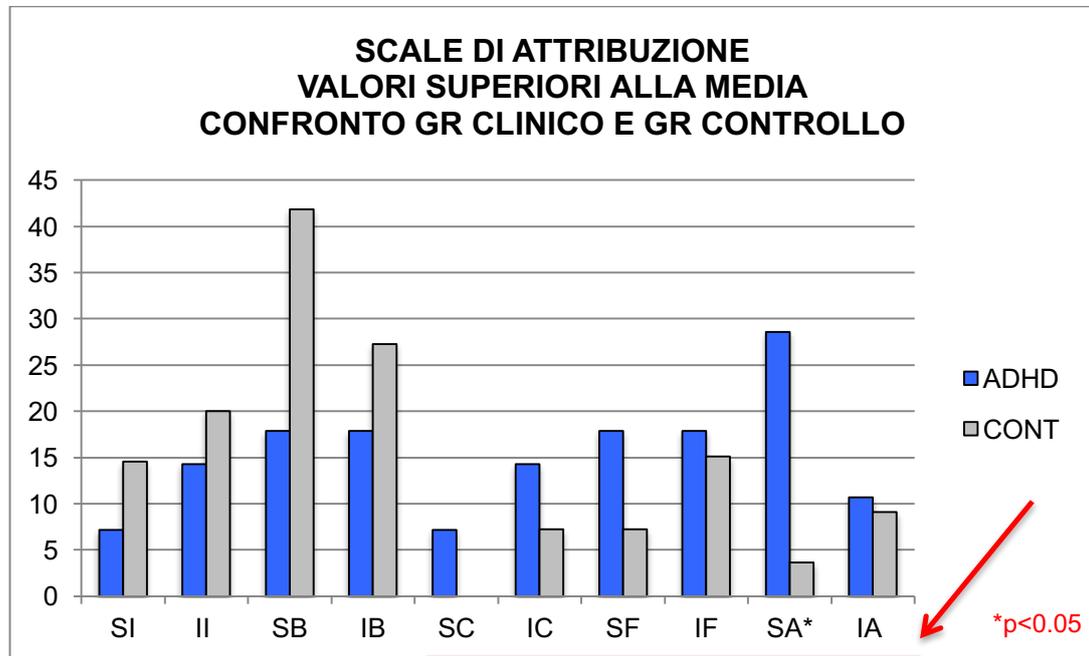


Grafico 9.27: valori superiori alla media riportati dai due campioni nelle scale di attribuzione al T2

Per la determinazione di un quadro generale viene di seguito presentata la tabella che sintetizza i dati espressi dal gruppo clinico e dal gruppo di controllo nella seconda fase di somministrazione del *Questionario di attribuzione*. I dati sono collocati nei range inferiori alla media, nella media o superiori alla media, in funzione dei valori di riferimento indicati dallo strumento standardizzato e validato in uso.

**QUESTIONARIO DI ATTRIBUZIONE al T2
GRUPPO CLINICO VS GRUPPO DI CONTROLLO**

Scala	Valori inferiori alla media		Valori nella media		Valori superiori alla media	
	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SI	21,43%	5,45%	71,43%	80%	7,14%	14,55%
II	35,71%	12,73%	50%	67,27%	14,29%	20%
SB	10,71%	3,64%	71,43%	54,55%	17,86%	41,82%

IB	10,71%	21,82%	71,43%	50,91%	17,86%	27,27%
SC	14,29%	29,09%	78,57%	70,91%	7,14%	0%
IC	17,86%	18,18%	67,86%	74,55%	14,29%	7,27%
SF	10,71%	16,36%	71,43%	76,36%	17,86%	7,27%
IF	3,57%	20,57%	78,57%	64,15%	17,86%	15,09%
SA	14,29%	14,55%	57,14%	81,82%	28,57%	3,64%
IA	7,14%	18,8%	82,14%	72,73%	10,71%	9,09%

Tabella 9.13: percentuali riportate dai due campioni nelle 10 scale dell'attribuzione al T2

Alla luce degli istogrammi e della tabella precedentemente presentati, al T2 il confronto tra il gruppo casi e quello controlli ci mostra che i soggetti diagnosticati presentano indici che si collocano -come per i coetanei- prevalentemente nei valori medi. Ma a un esame più attento gli ADHD mostrano ambiti di fragilità nelle scale dell'impegno (cfr. valori inferiori alla media e nella media) e parallelamente punti di forza nelle scale che afferiscono a elementi esterni non riconducibili al soggetto (cfr. valori superiori alla media) quali compito, aiuto e fortuna. Ciò indica che il sistema attributivo dei ragazzi con ADHD si presenta nella fase di retest ancora parzialmente compromesso rispetto ad uno stile attributivo interno e fortemente orientato a mantenere rilevanza per elementi che concorrono ad un locus of control esterno.

Esame analitico delle scale al T2 e nel confronto T1/T2

Passiamo ora a esaminare in modo analitico al T2 e nel confronto test/retest, le singole coppie di scale di successo/insuccesso che compongono lo strumento psicometrico e che sono riferite ad attribuzioni interne quali impegno ed abilità, e ad attribuzioni esterne quali compito, fortuna e aiuto.

Scale dell'impegno (SI-II)

Nelle fase di retest le scale di successo/insuccesso riferite all'impegno esprimono delle differenze tra i due gruppi, evidenziando per i ragazzi con diagnosi una forte incidenza dei valori inferiori alla media rispetto ai coetanei, particolarmente nella scala II ovvero insuccesso impegno (35,7% vs 12,7%).

Al T2 le differenze tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo sono statisticamente significative al test di Mann-Whitney (scala SI con $p=0,0101$; scala II con $p=0,0108$).

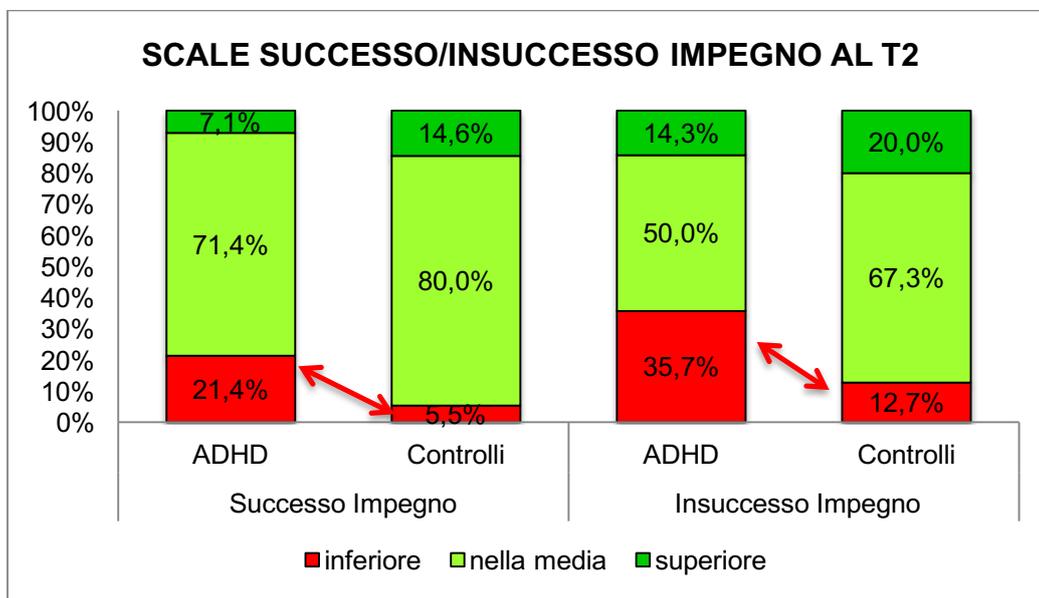


Grafico 9.28: valori riportati dai due campioni al T2 nelle scale del successo e insuccesso riferite all'impegno

Per realizzare un confronto tra le evidenze emerse nelle suddette scale al T1 e al T2, si agglomerano nella tabella sottostante i dati secondo due variabili categoriali che raccolgono i valori inferiori alla media da un lato e i valori nella media o superiori a essa dall'altro.

SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO IMPEGNO								
Gruppo clinico vs gruppo di controllo; T1 vs T2								
SCALA	VALORI INF MEDIA				MEDIA O SUP MEDIA			
	T 1		T 2		T 1		T 2	
	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SI	33,3%	16,7%	21,43%	5,45%	66,7%	83,3%	78,57%	94,55%
II*	50%	21,7%	35,71%	12,73%	50%	78,3%	64,24%	87,27%

Tabella 9.14: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'impegno

Come emerge con chiarezza nella fase di retest per entrambi i gruppi c'è stata una riduzione dei valori negativi ed un aumento di quelli positivi. Nonostante tali modificazioni permane il gap tra i campioni e si conferma per il gruppo clinico la forte incidenza dei valori inferiori alla media nel confronto coi coetanei. Ciò indica che l'attribuzione di successi ed insuccessi al proprio impegno ed investimento personale ha visto un'evoluzione ma non è ancora per i ragazzi con ADHD percepito attivamente come una risorsa per l'autoefficacia personale, né un'occasione per orientare internamente il proprio locus attributivo.

Scale dell'Abilità (SB-IB)

Al T2 la scala del successo/abilità e la scala insuccesso/abilità si presentano identiche per il gruppo dei diagnosticati, con la presenza di valori prevalentemente positivi. La scala riferita al successo attribuibile alle proprie capacità vede gli ADHD con percentuali basse nei valori negativi ma triple rispetto ai controlli (10,7% vs 3,6%), mentre nella scala dell'insuccesso/abilità sono i controlli ad avere indici doppi sui valori inferiori alla media rispetto al gruppo di controllo.

Al T2 le differenze tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo sono statisticamente significative al test di Mann-Whitney nella scala SB con $p=0,002$.

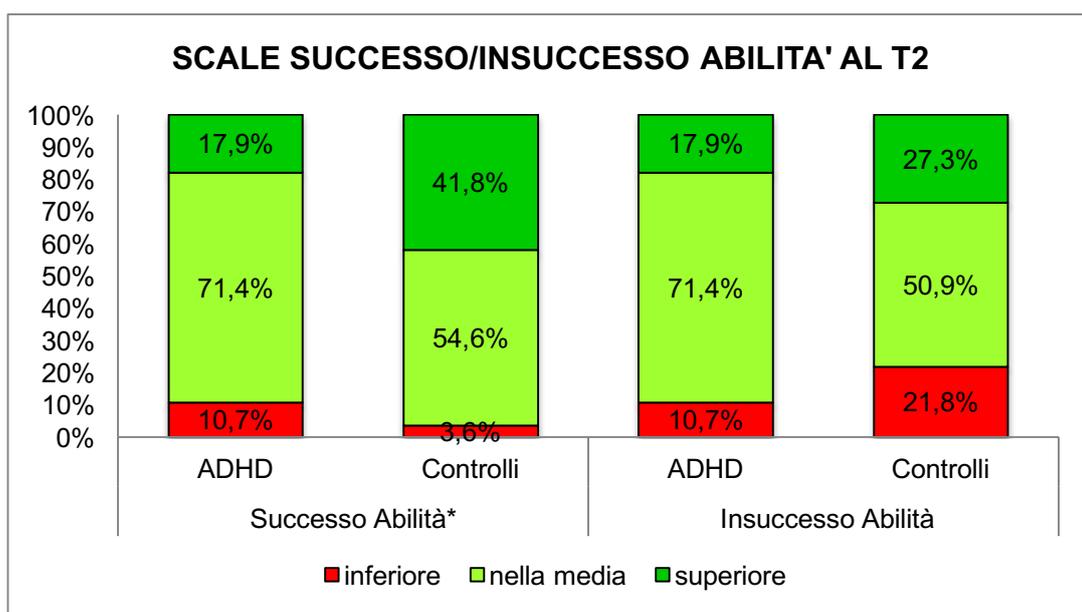


Grafico 9.29: valori riportati dai due campioni al T2 nelle scale del successo e insuccesso riferite all'abilità

La lettura di confronto tra T1 e T2 realizzata attraverso i dati accorpati nella tabella sottostante ci indica che i valori negativi della scala SB si sono sostanzialmente dimezzati in entrambi i campioni (da 20% a 10,71% e da 6,7% a 3,64%). I valori positivi hanno invece mostrato un aumento nella scala SB del gruppo casi ed una stabilità in quella dei controlli, inversamente è riscontrabile una stabilità della scala IB per i ragazzi del gruppo clinico ed un leggero accrescimento per i coetanei.

SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO ABILITA'								
Gruppo clinico vs gruppo di controllo; T1 vs T2								
VALORI INF MEDIA					MEDIA O SUP MEDIA			
T 1			T2		T1		T2	
SCALA	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SB	20%	6,7%	10,71%	3,64%	80%	93,3%	89,29%	96,36%
IB	10%	25%	10,71%	21,82%	90%	75%	89,29%	78,18%

Tabella 9.15: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'abilità

Scale del compito (SC-IC)

Le scale riferite al compito, ossia all'elemento esterno che può giocare un ruolo nella definizione di successi ed insuccessi di un individuo, vedono in SC -successo Compito- valori positivi del gruppo clinico superiori a quello dei controlli (85,71% vs 70,9%). Ciò segnala il fatto che i ragazzi diagnosticati attribuiscono alla variabile esterna un peso più rilevante dei coetanei al concorrere di riuscite o fallimenti. Le scale IC, Insuccesso Compito, sono pressoché omogenee per valori negativi/positivi tra i due campioni; da segnalare tuttavia la percentuale doppia di valori superiori alla media del gruppo clinico (14,3% vs 7,3%), anche qui a indicare la maggior rilevanza data alla variabile esterna in termini attributivi.

Nel retest le differenze tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo sono statisticamente significative al test di Mann-Whitney nella scala SC con $p=0,0343$.

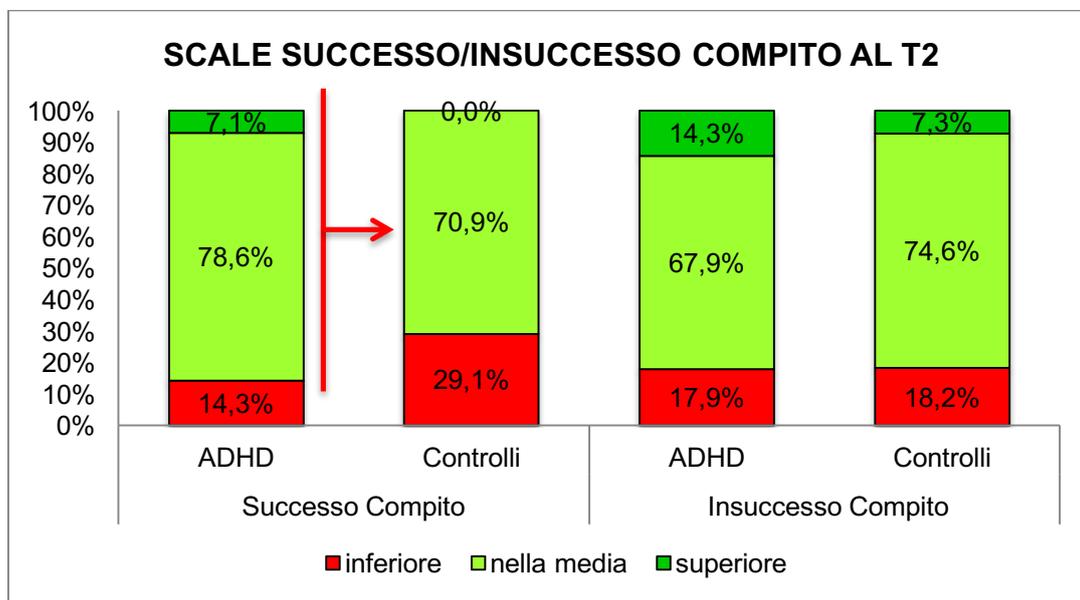


Grafico 9.30: valori riportati dai due campioni al T2 nelle scale del successo e insuccesso riferite al compito

Il confronto tra fase T1 e fase T2 per quanto concerne le scale del compito, offre dei dati che mostrano come nella scala SC i valori inferiori alla media si siano col tempo dimezzati nel gruppo clinico (da 30% a 14,29%) e ridotti in quello di controllo (da 40% a 29,09%), mentre i valori positivi sono aumentati in entrambi i campioni (+15,71% e +10,91%). Le scale IC hanno visto una diminuzione delle percentuali degli ADHD con valori inferiori alla media, portando a un deciso cambiamento al follow-up, dove la distanza tra i gruppi si è pressoché annullata. I valori positivi accorpati rivelano un lieve aumento del gruppo clinico e una parallela decrescita dei dati emersi dai controlli.

SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO COMPITO

Gruppo clinico vs gruppo di controllo; T1 vs T2

SCALA	VALORI INF MEDIA				MEDIA O SUP MEDIA			
	T 1		T2		T1		T2	
	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SC	30,00%	40,00%	14,29%	29,09%	70,00%	60,00%	85,71%	70,91%
IC	23%	10,20%	17,86%	18,18%	77%	89,80%	82,14%	81,82%

Tabella 9.16: confronto T1/T2 delle percentuali riportate
dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite al compito

Scale della fortuna (SF-IF)

Le scale che mostrano il ruolo assegnato alla fortuna nella determinazione degli eventi della vita individuale, ci dicono che al retest i ragazzi ADHD appaiono vicini ai coetanei, ma che tuttavia gli stessi assegnano a questa variabile esterna un ruolo più incisivo di quanto espresso dai compagni, soprattutto nella determinazione degli insuccessi. Infatti i valori medi o superiori alla media espressi dal gruppo clinico nelle scale IF toccano il 96,43% contro il 79,25 dei controlli (scale IF con una differenza statisticamente significativa tra i gruppi, con $p=0,0421$). Analogamente nella scala SF le frequenze di valori positivi dei ragazzi diagnosticati sono prevalenti a quelli dei compagni (89,29% vs 83,64%).

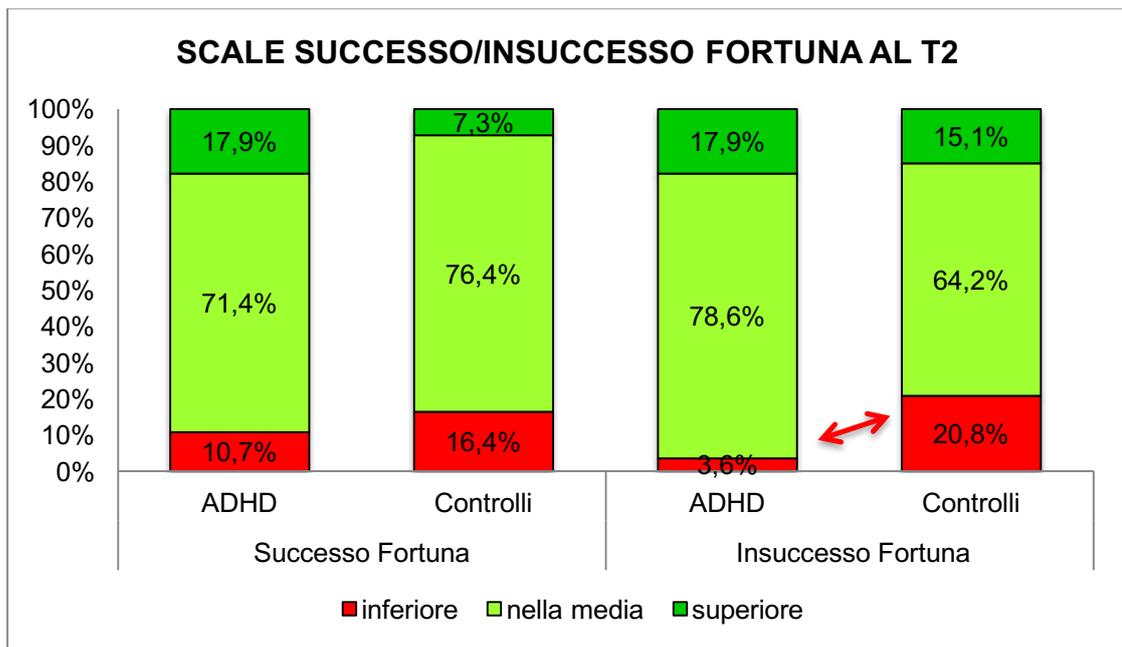


Grafico 9.31: valori riportati dai due campioni al T2 nelle scale del successo e insuccesso riferite alla fortuna

Il confronto tra le evidenze emerse nelle suddette scale al T1 e al T2, agglomerando i dati secondo due variabili categoriali come indicato nella tabella sottostante, mostra che ci sono state delle leggere variazioni nell'arco dei 12 mesi intercorsi tra la prima e la seconda somministrazione del test.

Tuttavia il dato emergente nella prima fase testistica è riconfermato nella seconda somministrazione, dove nel gruppo clinico emerge un peso maggiore assegnato alla fortuna come variabile che agisce nella determinazione di successi e insuccessi, orientando il sistema attributivo dei ragazzi con ADHD verso una prospettiva più marcatamente esterna rispetto ai coetanei.

SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO FORTUNA								
Gruppo clinico vs gruppo di controllo; T1 vs T2								
VALORI INF MEDIA					MEDIA O SUP MEDIA			
T 1			T2		T1		T2	
SCALA	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SF	10%	11,7%	10,71%	16,36%	90%	88,3%	89,29%	83,64%
IF	3,3%	15%	3,57%	20,57%	96,7%	85%	96,43%	79,25%

Tabella 9.17: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite alla fortuna

Scale dell'aiuto (SA-IA)

Leggendo le scale che fanno riferimento all'aiuto quale elemento esterno che può intervenire nella determinazione di riuscite o sconfitte nella vita quotidiana, la prima colonna delle scale SA (che presentano differenze statisticamente significative tra i campioni al test di Mann-Whitney con $p=0,022$) dell'istogramma sottostante ci mostra come al T2 nel gruppo dei ragazzi ADHD il 28,6%, contro un 3,6% dei coetanei, assegna valori elevati ai propri successi correlati all'aiuto, fornendo pertanto –anche in questo caso- un peso rilevante ad una variabile attributiva esterna. Nelle scale dell'insuccesso invece appaiono interessanti i valori inferiori alla media che sono decisamente minori per il gruppo clinico (7,1% vs 18,2%), che così ampia il margine di frequenze positive assegnate all'aiuto (92,86% vs 81,82%). Anche in questo caso il campione clinico è più incline rispetto ai controlli ad assegnare un ruolo all'aiuto o alla sua assenza nella determinazione dei propri insuccessi.

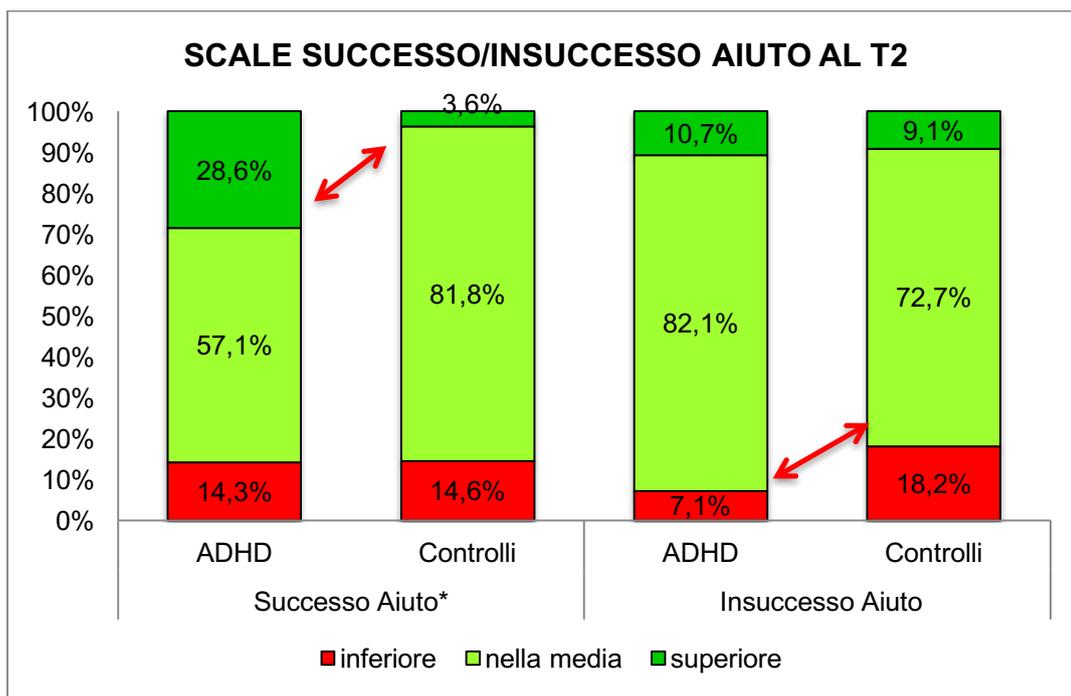


Grafico 9.32: valori riportati dai due campioni al T2 nelle scale del successo e insuccesso riferite all'aiuto

La lettura che compara le evidenze emerse al T1 con i dati tabulati al T2, ci permette di affermare che nelle scale SA i valori negativi sono aumentati in entrambi i campioni (+7,59% per gli ADHD e +4,55% per i controlli), mentre i valori positivi sono conseguentemente diminuiti secondo le medesime percentuali in entrambi i gruppi. Nelle scale IA i valori negativi, al T1 identici per i due campioni, sono -nella fase di retest- di poco aumentati nei diagnosticati (+1,14%) e accresciuti sensibilmente nei controlli (+11,48%). I valori positivi, ovvero nella media o superiori a essa, ci indicano al follow-up una lieve flessione per gli ADHD (-0,44%) ed una sensibile diminuzione per i controlli (-11,48%). Complessivamente si può affermare che anche a distanza di 12 mesi permane uno scarto tra i due campioni, in cui i diagnosticati confermano di assegnare alla variabile esterna aiuto un ruolo – seppur di poco- più rilevante dei coetanei nella determinazione delle riuscite o degli insuccessi personali.

SCALE SUCCESSO/INSUCCESSO AIUTO

Gruppo clinico vs gruppo di controllo; T1 vs T2

VALORI INF MEDIA					MEDIA O SUP MEDIA			
T 1			T2		T1		T2	
SCALA	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT	ADHD	CONT
SA	6,7%	10%	14,29%	14,55%	93,3%	90%	85,71%	85,45%
IA	6,7%	6,7%	7,14%	18,18%	93,3%	93,3%	92,86%	81,82%

Tabella 9.18: confronto T1/T2 delle percentuali riportate dai due campioni nelle scale del successo e insuccesso riferite all'aiuto

Per concludere, ottenendo un quadro d'insieme, è stata effettuata un'ulteriore operazione di analisi che ha aggregato da un lato i valori riferiti alle scale di attribuzione interna (impegno SI-II, abilità SB-IB) e dall'altro i valori riferiti alle scale di attribuzione esterna (compito SC-IC, fortuna SF-IF e aiuto SA-IA).

Al T2 le evidenze emerse e presentate nel box-plot sottostante ci mostrano che l'attribuzione interna dei ragazzi diagnosticati presenta valori inferiori ai controlli, mentre inversamente le variabili esterne offrono indici più elevati rispetto ai coetanei. La differenza tra i campioni risulta statisticamente significativa sia rispetto alle attribuzioni interne che rispetto alle attribuzioni esterne ($p=0,0004$ al test di Mann-Whitney).

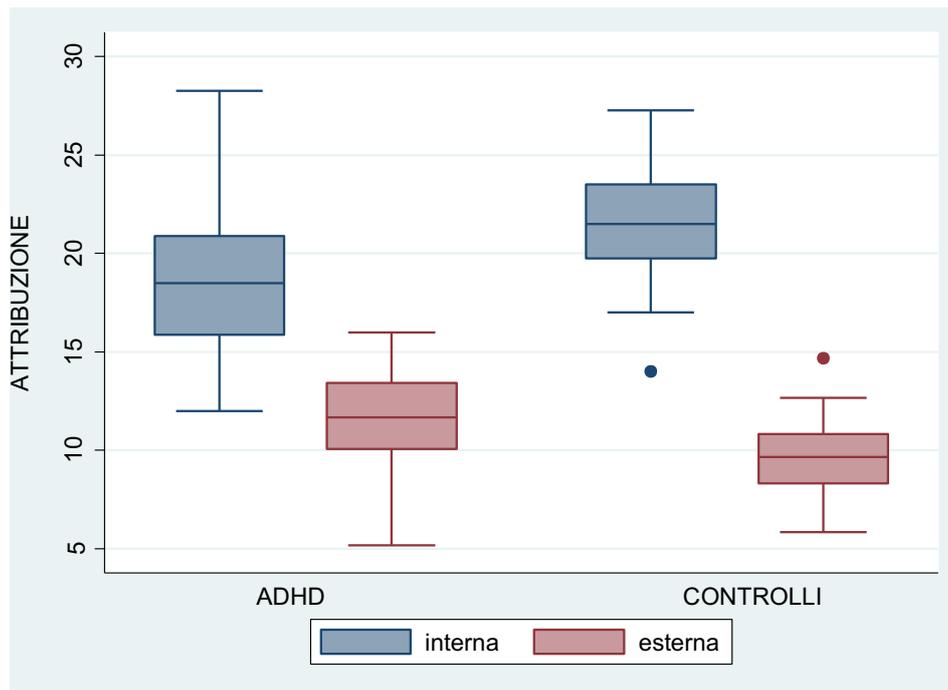


Grafico 9.33: box-plot con attribuzioni interne ed esterne dei due campioni al T2

Il confronto tra i dati raccolti dalla tabulazione del Questionario di attribuzione al T1 e al T2, e sintetizzate nel successivo box-plot, ci mostrano che le evidenze emerse nella fase di test sono riconfermate in quelle di retest, poiché l'accrescimento dei valori riferiti alle attribuzioni ascrivibili al sé sono aumentate in entrambi i gruppi ma conservando il gap tra gli stessi. Analogamente i dati riferiti alle attribuzioni esterne hanno visto una flessione per entrambi i campioni, mentendo tuttavia uno scarto tra i gruppi.

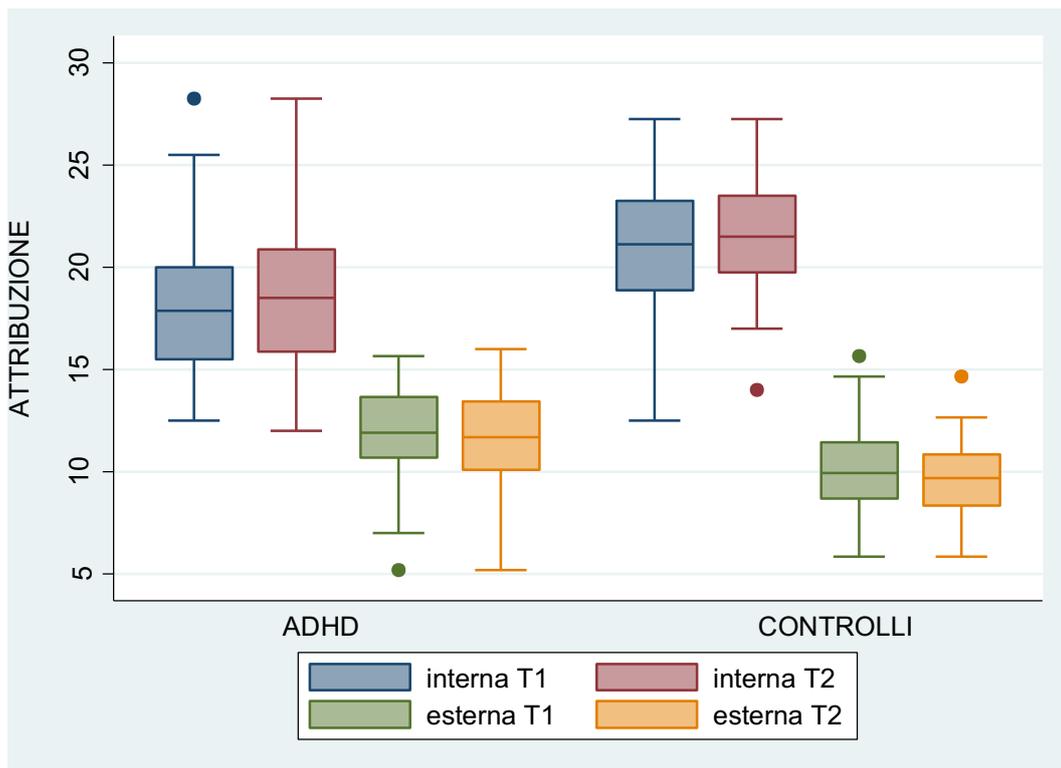


Grafico 9.34: confronto delle attribuzioni interne ed esterne dei due campioni al T1 e al T2

In conclusione l'esame dei dati raccolti attraverso il *Questionario di Attribuzione* ci porta a sostenere i risultati di seguito riportati.

- Nell'arco di 12 mesi il sistema attributivo dei ragazzi testati ha manifestato un'evoluzione in entrambi i campioni, cosa che ha portato ad un miglioramento dello stile attributivo legato a elementi interni e alla riduzione di una tendenza orientata a consegnare a elementi esterni la riconduzione di successi e fallimenti.
- Tuttavia i ragazzi con ADHD, dimostrano di possedere rispetto ai coetanei uno stile attributivo che è e si mantiene in posizioni di difetto per quanto riguarda il locus of control interno e specificatamente nelle scale dell'impegno, il cui deficit indica un carente sistema di utilizzo efficace delle proprie strategie.
- I ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività tendono a privilegiare maggiormente rispetto al gruppo dei pari elementi

incontrollabili e difficilmente prevedibili dal soggetto, quali natura del compito, fortuna e aiuto, presentando un sistema attributivo orientato all'esterno in misura maggiore dei coetanei.

- Considerato che i due campioni testati sono stati reclutati e arruolati secondo criteri di omogeneità, ne consegue che gli individui del gruppo clinico vivono –alla luce del loro disturbo- una difficoltà ad imputare al proprio investimento personale successi e fallimenti che, rispetto ai coetanei- trovano maggiore ascrivibilità a variabili esterne. Il meccanismo genera la compromissione del senso di autoefficacia rispetto alle prove cognitive e alle sfide poste dalla quotidianità, producendo ricadute e conseguenze anche nei meccanismi di autostima.

9.3 Le variabili ambientali

In questo paragrafo prenderemo in considerazione le variabili di contesto, ovvero elementi che possono incidere favorevolmente o sfavorevolmente nel successo personale ed accademico dei ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività. Sono molte le condizioni che possono concorrere al processo di riuscita o scacco e per tale ragione l'individuazione di fattori è stata preceduta da un'analisi approfondita che potesse tra le molte variabili in oggetto, individuare e definire quelle più idonee ad essere indagate e misurate oggettivamente.

Per tali ragioni sono state individuate e pesate per entrambi i campioni le variabili indipendenti di contesto relative alla famiglia e sempre per gli stessi è stato indagato il peso assunto dal Senso di competenza genitoriale (PSOC).

Per il campione clinico è stata verificata anche la possibile familiarità dei genitori con il deficit di attenzione e iperattività/impulsività (WURS).

9.3.1 Il contesto familiare

La famiglia è il luogo sociale, inteso come sistema aperto, in cui si realizzano i processi di sviluppo e crescita dei suoi membri ed il principale contesto di

apprendimento in cui i componenti costruiscono il proprio senso di identità attraverso esperienze di appartenenza e differenziazione. Il sistema familiare, letto secondo la teoria ecologica di Bronfenbrenner (2002), ha una propria struttura all'interno della quale si creano modelli di relazione generale che interessano il nucleo familiare nella sua globalità, e modelli sottostanti che afferiscono alle relazioni coniugali, genitoriali e tra fratelli/sorelle. Se il modello generale e i sottoinsiemi sono chiari, le informazioni e le relazioni si manifestano in modo adeguato in termini di quantità e pertinenza. In questo caso si parla di famiglie funzionali. Viceversa se i confini tra sottoinsiemi sono altamente separati oppure labili e confusi emergono difficoltà nella comunicazione e criticità, che se cronicizzate, conducono a disfunzionalità familiari. Le famiglie più funzionali sono quelle che secondo Olson (1983), si esprimono meglio in termini di comunicazione (intesa come capacità di espressione dei bisogni ed elemento facilitatore nei processi dinamici familiari), coesione e adattabilità (ossia la capacità di modificare la struttura familiare in base agli eventi).

Questa premessa per affermare che la famiglia, o meglio i differenti modelli familiari espressi dal contesto contemporaneo, giocano un ruolo sostanziale nella cura, nell'educazione, formazione e sviluppo dei figli. Nel quadro della nostra ricerca ciò appare ancora più significativo se applicato alle famiglie che includono ragazze e ragazzi con ADHD. Le condizioni di una famiglia funzionale possono essere lette come elementi di protezione, mentre le disfunzionalità familiari possono invece tradursi in fattori di rischio per i soggetti con deficit di attenzione e iperattività. Individuare funzionalità e disfunzionalità non è semplice e nella presente ricerca ci si è proposti di indagare pochi ma misurabili elementi, che ci permettessero di tracciare il profilo delle famiglie cui appartengono i ragazzi della popolazione testata. A tal fine è stata predisposta una batteria di domande che è stata proposta ai genitori del gruppo clinico (all'interno del questionario anamnestico) e la stessa batteria è stata raccolta in un questionario proposto ai genitori del gruppo di controllo. Il corredo composto da una decina di quesiti ha inteso raccogliere nell'area familiare informazioni circa la tipologia familiare

(famiglia nucleare, monoparentale, separata, ricomposta) e dati riferiti ad ogni singolo genitore in riferimento all'età, alla lingua madre, alla formazione culturale (scolarizzazione elementare, media, diploma, laurea) e al profilo professionale del padre e della madre (casalingo/a, disoccupato/a, pensionato/a, lavoratore/lavoratrice a bassa qualificazione, impiegato o dipendente con titolo medio, insegnante o dipendente laureato, libero professionista o imprenditore).

Le evidenze emerse circa la tipologia di famiglia in cui vivono i ragazzi del campione clinico e quelli del campione di controllo sono raccolte nel grafico sottostante.

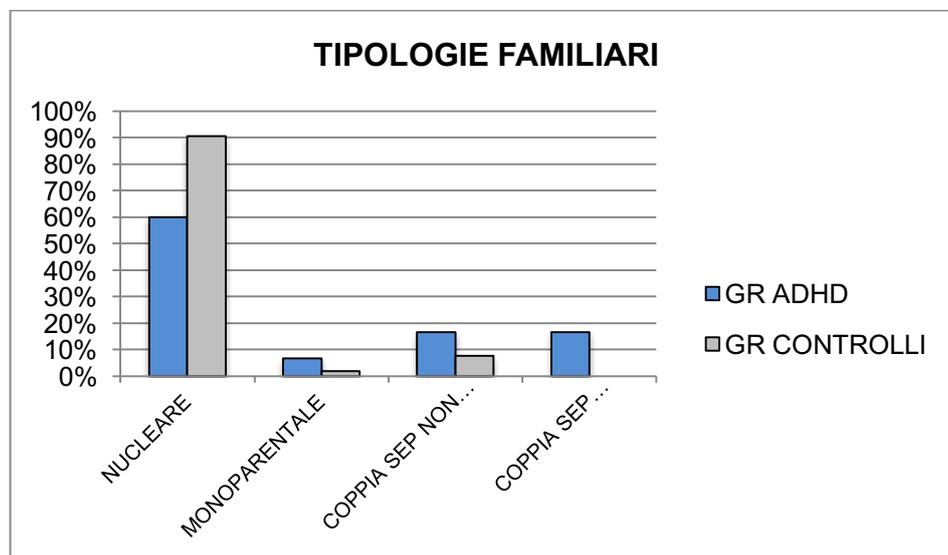


Grafico 9.35: tipologie familiari rilevate nei due campioni

Emerge con chiarezza che la tipologia di famiglia nucleare classicamente intesa come composta da genitori e figli riguarda il 60% dei nuclei con presenza di ragazzi diagnosticati e il 90,57% delle famiglie dei controlli. Esiste quindi una divaricazione tra i due campioni che collocano le percentuali residue rispetto ad altre tipologie familiari (40% degli ADHD e 9,43% dei coetanei). Rispettivamente per i due gruppi si evidenzia nello specifico la presenza di coppie separate non ricomposte (16,67% vs 7,55%) e di famiglie monoparentali (6,7% vs 1,89%), mentre le coppie separate ricomposte riguardano il 16,67% delle famiglie con ragazzi ADHD.

In queste famiglie il numero di figli varia da un minimo di 1 a un massimo di 7. Le percentuali maggiori riguardano famiglie con 2 figli (56,67% vs 65,38%) o con figlio unico (26,67% vs 15,38). I nuclei familiari con più di due figli sono del 19,23% per il campione clinico e del 18,29% per quello di controllo.

Venendo a tracciare un essenziale profilo dei genitori, i dati mostrano che nei due campioni c'è un sostanziale equilibrio nelle età delle madri (media aa di 43,66 e 44,96) e dei padri (media aa 49,18 e 47,45) con la presenza nel gruppo clinico di madri lievemente più giovani e padri leggermente più maturi.

Il profilo linguistico emerso dalla tabulazione dei dati ci informa che è di madrelingua italiana l'80% delle madri dei ragazzi con ADHD e l'84,91% delle madri del gruppo di controllo, mentre per i padri i dati si collocano rispettivamente all'88,89% e all'86,79%. Emerge con chiarezza che la prima lingua veicolare è l'italiano e che le percentuali residue si distribuiscono come riferito dalla tabella sottostante in altre lingue. Ciò si spiega in parte per la caratterizzazione bilingue del territorio in cui si è svolta la ricerca e in parte per la presenza plurilinguistica dettata da recenti e attuali flussi migratori.

Madrelingua	Madri ADHD	Madri controlli	Padri ADHD	Padri controlli
Italiano	80,00%	84,91%	88,89	86,79%
Sloveno	6,67%	0%	0%	1,89%
Serbo	10,00%	01,89%	3,70	0%
Inglese	3,33%	1,89%	7,41%	1,89%
Bosniaco	0%	3,77%	0%	1,89%
Albanese-Kosovaro	0%	3,78%	0%	5,66%
Cinese	0%	3,77%	0%	1,89%

Tabella 9.19: profilo linguistico dei genitori dei due campioni

Per quanto riguarda la formazione culturale, i dati raccolti nei sottostanti istogrammi, ci mostrano un quadro globale in cui la scolarizzazione dei genitori del gruppo clinico è medio-bassa e minore di quella dei controlli che si manifestano con punte più sensibili nelle madri laureate (+13,96%) e nei padri diplomati (+ 13,77%).

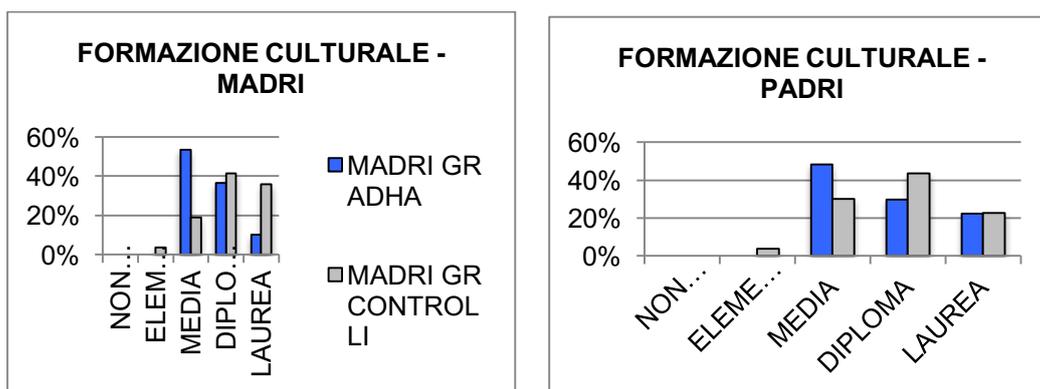


Grafico 9.36: scolarizzazione dei genitori

Per quanto attiene alla dimensione professionale, le evidenze emerse sono raccolte nella tabella presentata di seguito.

PROFESSIONE	Madri ADHD	Madri controlli	Padri ADHD	Padri controlli
libera professione	13,33%	16,98%	25,93%	20,75%
dipendente laureato	6,67%	16,98%	14,81%	18,87%
titolo medio	36,67%	28,30%	25,93%	35,85%
bassa qualificazione	16,67%	3,77%	18,52%	20,75%
pensionato	10,00%	3,77%	7,41%	0,00%
disoccupato/a	16,67%	28,30%	7,41%	3,77%
casalingo/a	0,00%	1,89%	0,00%	0,00%

Tabella 9.20: occupazione dei genitori dei due campioni

Si evince che la tipologia professionale dei genitori si colloca globalmente nella fascia dei lavoratori a media qualificazione e che nello specifico l'occupazione dei genitori del gruppo clinico si manifesta con valori inferiori rispetto ai controlli in merito a occupazioni che prevedono impieghi con profili professionali e culturali più elevati.

Il un numero limitato di reclutati ha permesso di realizzare una lettura solo descrittiva delle caratteristiche ascrivibili alle famiglie e ai genitori che hanno

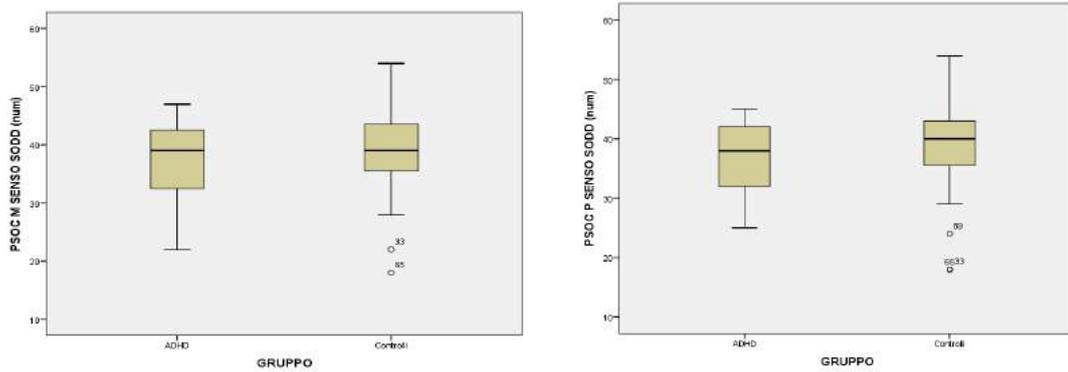
partecipato allo studio osservazionale. Solo l'estensione della popolazione clinica e di controllo, in futuro, potrebbe permettere di superare la dimensione consentendo di valutare il peso che le caratteristiche dell'area familiare giocano come fattori protettivi o di rischio nello sviluppo evolutivo dei ragazzi con ADHD. In tal senso risultano invece interessanti i dati raccolti attraverso due strumenti psicometrici che di seguito saranno analizzati.

9.3.2 Il questionario PSOC

Il *Parenting Sense of Competence Scale*, PSOC, (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978; Johnston & Mash, 1989; Vio et al., 1999 nella traduzione italiana), è uno strumento nato con lo scopo di misurare la soddisfazione ed il grado di autoefficacia di padri e madri rispetto al proprio ruolo genitoriale. Il *Questionario sul senso di competenza dei genitori*, prevede 16 item di cui una parte dedicata al costrutto *soddisfazione* ed un'altra al costrutto *efficacia*. E' possibile pertanto avere un punteggio relativo alla scala di soddisfazione ed uno riferito alla scala di autoefficacia. La somma delle due scale offre il punteggio totale sul senso di competenza genitoriale, che può collocarsi in 3 range distinti (High Parental-Confidence, Moderate Parental-Confidence, Low Parental-Confidence).

Nell'ambito della ricerca lo strumento è stato proposto ai genitori del campione clinico e a quelli del campione di controllo. La richiesta di compilazione del questionario è stata esaudita dal 93,3% dei genitori di ciascun gruppo reclutato.

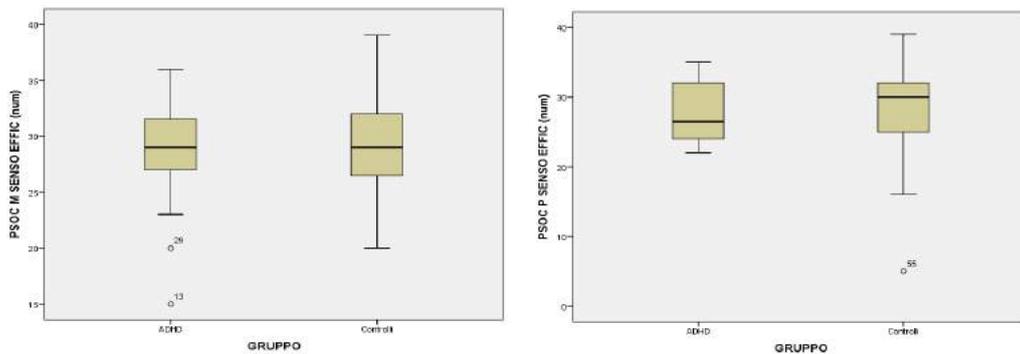
Venendo a esaminare il senso di soddisfazione espresso dalle madri e dai padri dei due campioni testati, come visibile nei sottostanti box-plot, si evince che per le genitrici dei due campioni i valori sono in linea. Per i padri emerge una leggera flessione nei valori dei genitori dei ragazzi con ADHD, che comunque non si discostano palesemente da quanto espresso dai genitori del gruppo di controllo.



Grafici 9.37:

Senso di soddisfazione genitoriale delle madri - Senso di soddisfazione genitoriale dei padri

I dati raccolti circa il senso di autoefficacia rispetto al proprio ruolo genitoriale indicano una sostanziale convergenza nelle madri dei due gruppi, ed una lieve riduzione dei valori dei genitori dei soggetti con disturbo, che comunque non differiscono significativamente da quanto riferito dai genitori del gruppo di controllo. Va rilevato che nel raffronto tra madri da un lato e padri dall'altro, quest'ultimi mostrano di possedere –o quantomeno di dichiarare- un senso di autoefficacia genitoriale di poco maggiore.



Grafici 9.38:

Senso di efficacia genitoriale delle madri - Senso di efficacia genitoriale dei padri

La somma dei punteggi ottenuti nella scala di soddisfazione e nella scala di autoefficacia, ci offrono nella globalità il senso di competenza genitoriale espresso dai genitori dei due campioni, secondo i tre range stabiliti dallo strumento standardizzato e validato. Le evidenze sono raccolte nelle tabelle sottostanti.

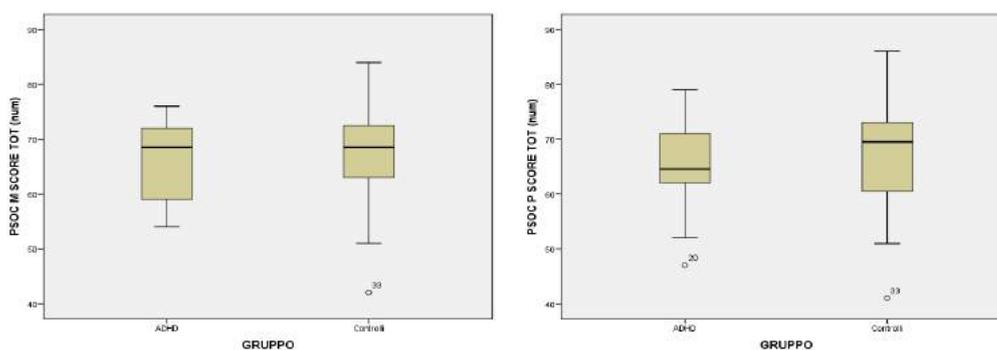
MADRI	GR. ADHD	GR. CONT.	PADRI	GR. ADHD	GR. CONT.
HPC*	42,9%	37,5%	HPC*	27,8%	50%
MPC*	57,1%	58,9%	MPC*	66,7%	46,2%
LPC*	0%	3,6%	LPC*	5,6%	3,8%

*HPC= High Parental-Confidence, MPC= Moderate Parental-Confidence, LPC= Low Parental-Confidence)

Tabella 9.21: percentuali riferite al Senso di Competenza genitoriale espresso dalle madri e dai padri dei due campioni

Le madri di entrambi i gruppi testati presentano complessivamente un senso di competenza genitoriale che si colloca nei valori medi e alti; i padri degli ADHD si attribuiscono tendenzialmente valori di competenza moderati (66,7%) a differenza dei padri del gruppo di controllo che dichiarano un senso di competenza genitoriale elevato nel 50% dei casi.

La sostanziale omogeneità tra la competenza genitoriale espressa dalle madri dei ragazzi con ADHD e quelle dei genitori dei ragazzi di controllo, si mostra con chiarezza nel box-plot sottostante dove le mediane tra i due campioni materni sono le medesime. Viceversa nei gruppi dei padri, emerge un senso di competenza genitoriale lievemente inferiore per i padri degli ADHD rispetto ai padri dei controlli.



Grafici 9.39:

Senso di competenza genitoriale delle madri - Senso di competenza genitoriale dei padri

In sintesi la somministrazione del questionario PSOC ci ha fornito un quadro in cui emerge un positivo senso di soddisfazione nei padri e nelle madri dei ragazzi con ADHD e analogamente in quelli dei controlli. Anche il senso di

autoefficacia genitoriale è simile nelle madri dei ragazzi di entrambi i gruppi e lievemente inferiore nei padri dei ragazzi diagnosticati rispetto agli altri. Tuttavia i padri di entrambi i gruppi si sentono, anche se di poco, più efficaci delle madri nel gestire il proprio ruolo. Tutto ciò ci fornisce una cornice di lettura decisamente positiva ma che si discosta rispetto alle ipotesi di partenza stabilite dalla presente ricerca. Le idee inizialmente elaborate facevano supporre, anche alla luce delle restituzioni sistematicamente accolte nelle relazioni con questi genitori in ambito diagnostico, terapeutico ed educativo, un notevole stato di frustrazione, inappagamento, delusione, nonché di inefficacia nel rivestire e gestire la funzione di genitore di ragazzo/a con ADHD. Sulla base di queste constatazioni è stato scelto lo strumento PSOC, proprio per misurare con oggettività il senso di fiducia e soddisfazione dei genitori rispetto al proprio ruolo parentale. La scelta è parsa puntuale poiché il questionario è stato utilizzato dal gruppo canadese di Mash e Johnson (1989) per confrontare i vissuti personali di genitori di bambini con iperattività e quelli di genitori di bambini che non presentavano il disturbo. Dallo studio condotto è emerso che i primi hanno dimostrato livelli inferiori del senso di efficacia. La nostra ricerca non offre risultanze in linea con le ipotesi inizialmente elaborate, né con i dati presenti in letteratura. Ciò ci pone nella condizione di supporre che esista una discrepanza tra il vissuto ed il dichiarato dai genitori del nostro campione clinico. La richiesta di risposte formalizzate all'interno di un questionario, il numero di item agevole ma forse individuato come esiguo, e soprattutto lo strumento percepito come un elemento di giudizio rispetto ad una genitorialità in "sofferenza", hanno probabilmente interferito nella raccolta dei dati. Questo suggerisce che lo strumento potrebbe essere accompagnato in future ricerche da altre modalità di rilevamento al fine di incrociare e confrontare le evidenze e poter raccogliere informazioni misurabili e non compromesse.

9.3.3 La scala WURS

Esclusivamente ai genitori del campione clinico è stata proposta e somministrata la *scala WURS for ADHD* elaborata da Wender (1995), nata

con lo scopo di aiutare nella diagnosi retrospettiva d'infanzia con ADHD. Alla luce di quanto riportato in letteratura (contributo genetico e familiarità col disturbo), nella nostra ricerca lo strumento è parso un valido apporto per verificare se questo aspetto potesse avere un peso come fattore di rischio per i ragazzi con ADHD. In sintesi è stato considerato come un dispositivo per conoscere se nel nostro campione le madri o i padri dei ragazzi con disturbo avessero a loro volta sofferto dello stesso deficit da piccoli, considerato il fatto che la scala è risultata essere un valido strumento in età adulta per lo screening retrospettivo di misurazione dei sintomi di ADHD in età infantile.

Il questionario composto da 25 domande ha permesso agli adulti di descrivere gli aspetti tipici del loro comportamento nel periodo compreso tra i 6 e 10 anni, ovvero nel periodo di frequenza della scuola elementare/primaria. Nella somma dei punteggi dati dagli item complessivi della scala, che offre un punteggio totale che può andare da un minimo di 0 a un massimo di 100, il cut-off ≤ 46 (maggiore o uguale a 46) indica un adulto con pregresso ADHD.

Nell'ambito della nostra ricerca il questionario proposto alle madri è stato completato e reso da 28 soggetti su 30, pari al 93,3% del campione femminile; i padri che hanno accolto la somministrazione sono stati 18/30, ossia il 60% dei reclutati. Il Wurs delle madri ha indicato 3 casi di predittività, ovvero che il 10,71% delle madri del nostro campione clinico aveva presentato nella fanciullezza manifestazioni ascrivibili al deficit di attenzione e iperattività/impulsività. Tra i padri -che hanno completato e reso la scala Wurs- i casi emersi sono stati 2, pari all'11,11% del campione. Le madri ed i padri che hanno espresso valori positivi al questionario non appartengono alla stessa famiglia. La percentuale della familiarità positiva per ADHD è del 21,82%.

Tuttavia il numero limitato del campione reclutato e l'ulteriore riduzione numerica data dagli effettivi questionari compilati, non permettono di trarre conclusioni definitive. Anche in questo caso segnaliamo la discordanza di questi dati rispetto alla letteratura, quando ad es. si considerino i risultati del

recente studio di Stanck et al. (2016), che indica alla somministrazione del Wurs, una familiarità del 27,3% per le madri e del 49,1% per i padri. Alla luce di ciò dobbiamo immaginare che nella presente ricerca ci sia stata un'interferenza di fattori culturali sui risultati.

CAPITOLO 10: conclusioni

10.1 Discussione

La presente ricerca ha avuto come finalità primaria quella di considerare e misurare i possibili fattori associati all'ADHD che si ipotizzano protettivi e quelli potenzialmente controproducenti per il successo scolastico di bambini e ragazzi con diagnosi di deficit di attenzione e iperattività/impulsività. I contributi presenti in letteratura hanno evidenziato che questi soggetti presentano un minor successo negli apprendimenti accademici ed un maggior rischio di dispersione scolastica. Il DSM-5 (2013) indica tra le conseguenze funzionali l'associazione del disturbo a un ridotto rendimento scolastico e accademico, ridotta scolarizzazione e successivamente ridotto successo professionale. Nelle forme severe si evidenziano alterazioni nella sfera delle relazioni familiari, sociali, formative e professionali.

I bambini e ragazzi con ADHD sono portatori di vissuti scolastici connotati da esperienze d'inadeguatezza comportamentale, difficoltà nelle relazioni interpersonali e scarso rendimento scolastico, pur in presenza di un buon livello intellettuale. Gli inevitabili insuccessi si accompagnano e alimentano problemi di autostima, scarsa fiducia in sé e nelle proprie abilità, sino a poter generare disturbi di ansia o depressivi clinicamente significativi (Barkley, Fischer et al. 1990). Vermigli et al. (2002) definiscono "correlati al successo scolastico" tutti quegli elementi che in misura differente contribuiscono alla costruzione del livello di autostima individuale. Agiscono in tal senso variabili quali il temperamento, la percezione di sé, il senso di autoefficacia come anche la qualità delle relazioni e dei rapporti genitoriali, amicali e scolastici.

La ricerca ha confermato l'ipotesi che i bambini e i ragazzi con diagnosi di ADHD presentano livelli di autostima inferiori rispetto ai coetanei e stili attributivi simili ai compagni ma pur sempre con un orientamento più marcato verso un *locus of control* esterno anziché interno.

In linea con la letteratura sull'argomento, lo studio ha considerato il peso di alcuni fattori individuali e ambientali, quali possibili mediatori di rischio o

fattori protettivi attraverso la scelta e l'utilizzo di alcuni questionari e strumenti psicometrici.

Nella fase propedeutica della ricerca, l'attività ha previsto una ricognizione riferita a quantità e distribuzione degli alunni con ADHD presenti nelle scuole primarie e secondarie di 1° della Provincia di Trieste attraverso la diffusione del **questionario di rilevamento dati sugli alunni ADHD**. Lo studio territoriale ha permesso di operare un rilevamento su una popolazione superiore alle 10mila unità in due annualità scolastiche, che hanno indicato una prevalenza d'individui con diagnosi di ADHD dello 0.32 (popolazione di 10.337 individui, 6-14 anni, a.s. 2012-13) e dello 0.38% (popolazione di 10.469 studenti, 6-14 aa, a.s. 2013-14). I dati di prevalenza appaiono decisamente inferiori a quelli indicati in letteratura internazionale (3-7%) e nazionale (1-4%) ma risultano più vicini a quelli emersi in precedenti studi territoriali (0,43% Besoli et al., 2003).

Le evidenze emerse dalla prima somministrazione del **TMA, Test multidimensionale dell'autostima** al campione clinico e al campione di controllo hanno mostrato che:

- l'autostima dei ragazzi con ADHD si colloca complessivamente nei valori medi previsti dallo strumento ma su indici inferiori rispetto ai coetanei del gruppo di controllo;
- i ragazzi con ADHD presentano indici di valori negativi più frequenti rispetto al campione di controllo in 5 scale su 6 (scala relazionale, competenze, scolastica, familiare e corporea) nonché nella scala dell'autostima globale; nelle suddette scale la differenza tra i gruppi risulta statisticamente significativa al test di Mann-Whitney;
- la scala dell'autostima più compromessa nei ragazzi ADHD è quella scolastica.

La prima somministrazione del **Questionario di Attribuzione** ha rilevato, con evidenze staticamente significative, che:

- i ragazzi con ADHD, rispetto ai loro coetanei, presentano un sistema attributivo fortemente orientato all'esterno, assegnando un ruolo rilevante ai propri successi ed insuccessi a elementi incontrollabili e

difficilmente prevedibili dal soggetto, quali compito e soprattutto fortuna e aiuto.

- Il sistema attributivo interno, che afferisce in primis alla scala dell'impegno, è deficitario e quindi risulta carente il sistema di utilizzo efficace delle proprie strategie.

Come previsto dal disegno sperimentale, la ricerca dopo aver osservato una prima fase (T1) di somministrazione di questionari ai soggetti del gruppo clinico e ai soggetti del gruppo di controllo, ha affrontato la seconda fase di retest (T2) in cui gli strumenti psicometrici sono stati nuovamente sottoposti a distanza di un anno ai ragazzi con ADHD e ai coetanei. Al **follow-up** dei 12 mesi, gli stessi bambini e ragazzi che hanno partecipato alla prima fase testistica, seguendo i protocolli di somministrazione previsti ed utilizzati precedentemente, hanno mostrato nel TMA e nel Questionario di attribuzione:

- una progressione negli indici positivi di autostima globale sia nel gruppo clinico che nel gruppo dei controlli. Nonostante la positiva evoluzione, i ragazzi appartenenti al campione ADHD presentano un'autostima in 5 sottoscale su 6, come anche nell'autostima globale, sempre con valori statisticamente significativi rispetto al controllo ai livelli inferiori .
- il sistema attributivo dei ragazzi testati ha mostrato un'evoluzione in entrambi i campioni, e conseguentemente un miglioramento dello stile attributivo legato a elementi interni e una riduzione della tendenza orientata a ricondurre a elementi esterni la causa di successi e fallimenti. Permangono tuttavia delle differenze, statisticamente significative, tra i gruppi. I ragazzi con ADHD, hanno mostrato di possedere rispetto ai coetanei uno stile attributivo che è e si mantiene in posizioni di difetto per quanto riguarda il *locus of control* interno e specificatamente nelle scale dell'impegno, il cui deficit indica un sistema di utilizzo delle proprie strategie non adeguato.

Nello studio sono inoltre state indagate variabili di contesto che potessero essere misurabili e finalizzate a identificarne l'incidenza favorevole o

sfavorevole nel successo personale ed accademico nel gruppo dei ragazzi con deficit di attenzione e iperattività/impulsività. Per entrambi i campioni sono state individuate e pesate le variabili indipendenti di contesto relative alla famiglia. Il questionario **PSOC Parenting Sense of Competence Scale**, strumento nato con lo scopo di misurare la soddisfazione ed il grado di autoefficacia di padri e madri rispetto al proprio ruolo genitoriale, ha mostrato:

- un positivo senso di soddisfazione nei padri e nelle madri dei ragazzi con ADHD e analogamente in quelli dei controlli,
- un senso di autoefficacia genitoriale simile nelle madri dei ragazzi di entrambi i gruppi e lievemente inferiore nei padri dei ragazzi ADHD rispetto agli altri.

La sostanziale omogeneità tra la competenza genitoriale espressa dai genitori dei ragazzi con ADHD e i genitori dei ragazzi di controllo fornisce una cornice di lettura decisamente positiva ma divergente rispetto alle ipotesi di partenza della nostra ricerca e ai dati offerti dalla letteratura .

Nell'ambito delle variabili di contesto, per il campione clinico è stata verificata anche la possibile familiarità dei genitori con il deficit di attenzione e iperattività/impulsività attraverso la somministrazione della **scala WURS for ADHD**. Lo strumento ha evidenziato una bassa percentuale di predittività rispetto alle evidenze presenti in letteratura. In considerazione del numero limitato di soggetti del campione reclutato, e dell'ulteriore riduzione dovuta agli effettivi questionari compilati, non possiamo trarre conclusioni definitive circa il peso di questa variabile.

10.2 Conclusioni

Le evidenze emerse dalla presente ricerca ci consentono di sostenere alcuni esiti.

Lo studio territoriale ha permesso di ottenere alcuni risultati utili in ambito clinico e scolastico per meglio operare sinergicamente con bambini e ragazzi con ADHD. I ridotti tassi di prevalenza individuati autorizzano l'ipotesi che ci sia una percentuale di soggetti che non si rivolgono all'attenzione clinica e

non richiedono un intervento specialistico per questo disturbo ed una possibile area grigia di soggetti che non hanno ancora una diagnosi ma presentano una sintomatologia riconducibile all'ADHD. Dallo studio –in linea con le evidenze presenti in letteratura (Panei et al. 2008, I.S.S. 2013, 2007)- è emersa altresì la necessità di avviare su larga scala studi epidemiologici conformi e coerenti per criteri, pratiche e metodologie diagnostiche e su campioni omogenei per età, popolazione e metodologie di ricerca, tutto ciò anche allo scopo di migliorare le pratiche diagnostiche.

Il TMA, test multidimensionale dell'autostima, ci ha indicato che complessivamente i ragazzi con deficit di autostima sono più rappresentati nel gruppo con ADHD e che al follow-up a 12 mesi di distanza i soggetti del campione clinico e del campione di controllo manifestano una progressione negli indici positivi dell'autostima globale, ma lasciano i ragazzi del campione clinico sempre con valori inferiori a quello dei controlli. In sintesi se l'autostima con l'aumento dell'età migliora per tutti, i soggetti con ADHD restano sempre in condizione di svantaggio. Il risultato suggerisce la necessità di individuare precocemente il problema e di strutturare un programma di intervento che, miri alla modificazione della percezione del Sé. A livello psicoeducativo è possibile agire identificando gli interventi più idonei per migliorare l'adattamento socio-emozionale dei ragazzi con ADHD, e conseguentemente ridurre situazioni di disagio e di disadattività, responsabili di prestazioni scolastiche carenti e di comportamenti disfunzionali in ambito scolastico.

Per quanto attiene al sistema attributivo le evidenze della ricerca indicano che al T1 come al T2 i ragazzi con ADHD mantengono le attribuzioni esterne più elevate e quelle interne in difetto rispetto ai coetanei, non riconoscendo l'impegno come causa prioritaria dei propri insuccessi. Lo stile attributivo di questi ragazzi si conferma più orientato a premiare elementi di deresponsabilizzazione rispetto a cause ascrivibili al sé e quindi al proprio senso di responsabilità. Anche in questo caso diviene sostanziale l'intervento precoce al fine di poter agire sulla modificazione degli stili attributivi. Il

training attributivo nasce per l'appunto con lo scopo di indurre i partecipanti a modificare i loro stili, incrementando il livello di persistenza in caso di fallimento e imparando che il successo deriva dall'impegno. In ambito scolastico ciò diviene decisamente importante con particolari categorie di soggetti, tra cui i bambini disattenti e iperattivi, cui va insegnata la relazione esistente tra impegno, comportamento strategico e prestazione efficace (Weyhing & Turner, 1988, in De Beni et al., 1995).

In conclusione, anche alla luce del modello metacognitivo proposto da Borkowski e Muthukrishna (2011, 1996, 1994), emerge la necessità di sostenere da un lato l'autostima dei ragazzi e delle ragazze con ADHD, riducendo questo mediatore di rischio per migliorare benessere personale e successo accademico dei ragazzi e delle ragazze con diagnosi, come dall'altro di rinforzare il sistema attributivo dei soggetti del gruppo clinico, che -pur migliorando col tempo- si mostra con ridotta efficacia rispetto ai coetanei e rappresenta per i ragazzi ADHD un ulteriore fattore di rischio di fronte a nuove esperienze scolastiche e di vita.

La bassa autostima ed un profilo attributivo caratterizzato da un *locus of control* più orientato esternamente sono mediatori di stili disadattivi caratterizzati da svalorizzazione del sé, senso di inadeguatezza e attribuzioni causali in cui viene esautorata la parte attiva che il soggetto può assumere di fronte alle sfide cognitive presentate dai differenti contesti di vita quotidiana, destituendo il proprio ruolo di agente efficiente. Ciò opera in termini di compromissione del senso di autoefficacia e agisce con effetti negativi sulla costruzione identitaria, sul sano sviluppo psicologico, sulle abilità sociali e conseguentemente sulle performance scolastiche dei bambini e ragazzi con ADHD. La ricerca pertanto suggerisce che la misurazione dell'autostima ed il peso dello stile attributivo potrebbero essere inclusi nella fase diagnostica e terapeutica per ricevere informazioni indirette ma sensibili sui bisogni espressi dai pazienti e sulla definizione di ancor più mirati interventi multimodali.

Lo studio condotto indica, anche come possibile pista di ricerca futura, di

individuare degli interventi mirati sui soggetti con deficit di attenzione iperattività/impulsività. Training specifici finalizzati a un innalzamento dei livelli di autostima e a un miglioramento dello stile attributivo orientato a implementare l'impegno e quindi il profilo del GSU, *good strategy user*, agirebbero in termini d'incremento delle opportunità di successo personale ed accademico e più in generale di benessere e qualità della vita. interventi psicoeducativi precoci, condotti e concertati sinergicamente tra ambiente clinico, familiare e scolastico potrebbero annullare o quantomeno ridurre lo svantaggio che la ricerca ha evidenziato e confermato al follow-up a distanza di un anno- tra ragazzi ADHD e coetanei. Un ulteriore sviluppo nato dal nostro studio potrebbe essere quello di valutare e confrontare i livelli di autostima e gli stili attributivi dei ragazzi ADHD sottoposti a trattamento farmacologico e di soggetti che usufruiscono di interventi di altro tipo, come anche quello di valutare se il peso dell'autostima e dell'attribuzione varia in soggetti con ADHD a seconda della comorbidità diagnosticata.

Oltre ai risultati significativi lo studio presenta la limitazione data dall'esiguità del campione clinico, per cui è auspicabile estendere il numero dei soggetti arruolati per acquisire maggiori evidenze scientifiche. Nondimeno sarebbe utile proseguire l'indagine longitudinalmente, realizzando un ulteriore follow-up a distanza di 12 mesi per verificare se le linee di tendenza raccolte dallo studio possano trovare ulteriore conferma. Un simile progetto richiederebbe uno studio multicentrico considerato necessario per individuare, selezionare e reclutare il campione clinico secondo i previsti criteri d'inclusione ed esclusione. Complessa è stata anche la successiva fase finalizzata a riconoscere, arruolare e testare i partecipanti del gruppo di controllo, che sono stati poi ridotti a 60 unità per ottenere una perfetta omogeneizzazione tra i due campioni. A elementi di criticità vanno ascritti anche gli esiti ottenuti dalla somministrazione dei questionari ai genitori dei ragazzi con ADHD. Le risultanze raccolte non sono in linea con le ipotesi inizialmente elaborate, né con i dati presenti in letteratura. Ciò ci pone nella condizione di supporre che, per quanto concerne il Senso di Competenza genitoriale esista una discrepanza tra il vissuto ed il dichiarato dai genitori del nostro campione

clinico, e per quanto concerne gli elementi di predittività di un'infanzia con ADHD nella presente ricerca ci sia stata un'interferenza di fattori culturali sui risultati.

Accanto agli elementi di criticità vanno segnalati i punti di forza di cui ha goduto la ricerca. Oltre alla disponibilità di bambini e ragazzi con e senza diagnosi, va segnalata la buona disposizione manifestata dalle famiglie. In particolare i genitori delle ragazze e ragazzi con ADHD hanno partecipato con interesse alla ricerca evidenziando un elevato grado di *compliance* nelle diverse fasi di raccolta dati; i genitori in particolare hanno espresso il desiderio di comprendere le caratteristiche di funzionamento dei loro figli, le potenzialità e i limiti per migliorarne il livello scolastico, il benessere e la qualità della vita. Lo studio ha permesso inoltre di attivare un proficuo raccordo tra la Struttura Complessa di Neuropsichiatria infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo e il mondo scolastico, consapevoli che un'operazione costruita in rete possa incentivare interazione, scambio di informazioni e confronto tra pratiche. L'azione sinergica tra differenti ambiti e specifici ruoli degli attori coinvolti (specialisti, docenti, genitori) rappresenta un'occasione vantaggiosa per orientare gli interventi terapeutici, quelli didattici e quelli educativi al fine di prevenire forme di insuccesso, disadattività e comportamenti a rischio.

La diffusione dei dati emersi dalla ricerca si è svolta su differenti piani. Ha previsto la presentazione e discussione individuale delle evidenze emerse con i ragazzi ADHD e le loro famiglie. Una restituzione analitica e globale è stata fornita anche a tutti i docenti che hanno partecipato direttamente alla prima e seconda fase testistica, grati di aver ricevuto un *feedback* utile a una migliore comprensione dei discenti e valido per una più idonea strutturazione delle pratiche curricolari e relazionali. Sono stati inoltre tenuti incontri formativi rivolti a docenti di differenti gradi scolastici al fine di fornire una prima conoscenza o un approfondimento sulle caratteristiche peculiari del disturbo e soprattutto di offrire –in ottemperanza alla vigente normativa- indicazioni didattiche operative per una migliore e più efficace gestione degli

alunni con ADHD nelle classi. In collaborazione con una psicologa sono stati condotti in una scuola di Trieste un percorso di *teacher training* ed uno di *parent training*, che sono stati accolti con molto favore, a testimonianza del fatto che questi ambiti necessiterebbero di ulteriori supporti e implementazioni. E' in fieri la pubblicazione e redazione di articoli scientifici e divulgativi.

Sono stati curati in parallelo anche primi interventi con ragazzi con deficit di attenzione, iperattività/impulsività e precisamente la sperimentazione di un training metacognitivo-attributivo realizzato con studenti BES, che ha incluso gli ADHD ed uno studio pilota del neonato gruppo BRAINew (Dipartimento di Scienza della vita, Università di Trieste) volto a verificare l'efficacia del neurofeedback su bambini e ragazzi con ADHD.

I bambini e i ragazzi con ADHD interrogano e pongono di fronte a sfide costanti. Assumere con consapevolezza che la permanenza del disturbo è uno dei fattori che maggiormente incide sulla loro evoluzione e che i miglioramenti sono raggiungibili solo attraverso un impegno perseverante e prolungato nel tempo, suggerisce la necessità di intervenire in modo precoce. Implementare il livello di autostima e promuovere uno stile attributivo internalizzato può contribuire a ridurre la vulnerabilità al disturbo, trasformando questi mediatori di rischio in fattori protettivi, così da favorire in bambini e in ragazzi con ADHD un migliore adattamento al contesto di vita, consentire maggiore successo sul piano emotivo, relazionale, professionale, sociale,

BIBLIOGRAFIA

A.A.C.A.P. American Academy Child Adolescent Psychiatry, (2007), *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With ADHD*, in "J. American of Child and Adolescent Psychiatry", 46:7, 894-921

A.P.A., American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Press Washington DC; edizione italiana a c. di BIONDI M., (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina editore, Milano

A.P.A., American Psychiatric Association, (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, American Psychiatric Press Washington DC; Traduzione italiana (2001), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano

AA. VV., (2000), *La dispersione scolastica: una lente per la scuola*, M.P.I., Roma

AA. VV., (2009), *Disturbo da deficit di Attenzione/Iperattività*, in "Atti dell'VIII Congresso Nazionale sul Disturbo da deficit di Attenzione/Iperattività", Giunti O.S., Firenze

AA.VV., (2009), 2°ADHD workshop. *L'implementazione delle linee guida e l'organizzazione dei Centri di riferimento*, Cagliari, in http://unica2.unica.it/neuroscienze/pdf/ADHD/ADHD_ABSTRACT.pdf

AA. VV., (2012), *Linee-guida per l'integrazione dei servizi e degli interventi di prevenzione della dispersione e del disagio scolastico*, rete Interscolastica Municipio 18, Roma, in <http://www.scuolelazio.it/Newsletter/allegati%20news%2086/LineeGuidaPrevDis.pdf>

AA. VV., (2013), *ADHD a scuola*, Erickson, Trento

C.A.D.D.R.A.,(2011, aggiornamento 2014), Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance, *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH*, troisième édition, CADDRA, Toronto, ON.

C.D.C., (2003 and 2007), Centers for Disease Control and Prevention, *Increasing Prevalence of Parent-Reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Children --- United States*, in <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/prevalence.html>

O.M.S., ICD-10, (1992), *International Classification of Mental and Behavioural Disorders 10th revision (ICD-10)*; O.M.S., (1992), *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*, Masson, Milano

I.S.S. Istituto Superiore di Sanità, (2007), *Qual è la prevalenza dell'ADHD?*, in <http://www.iss.it/adhd/index.php?lang=1&id=206&tipo=5>

I.S.S. Istituto Superiore di Sanità, (pubblicato il 16/03/2007, aggiornato al 02/01/2013), *L'ADHD. Epidemiologia*, in <http://www.iss.it>

NICE, N.H.S., National Institute for Health and Clinical Excellence, (2009 last modified march 2013, february 2016), *Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults, NICE clinical guideline 72*, guidance.nice.org.uk/cg72

ABRAMSON L.Y., SELIGMAN M.E.P., & TEASDALE J., (1978), *Learned helplessness in human: Critique and reformulation*, in "Journal Of Abnormal Psychology", 87, 49-74

ACHENBACH T. M., (1991), *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*, Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry

AHMED, RANA, KIRSTEN J. McCAFFERY & PARISA ASLANI, (2013), *Factors Influencing Parental Decision Making about Stimulant Treatment for Attention-Deficit/hyperactivity Disorder*, in "Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology", 23, n. 3 163–78. doi:10.1089/cap.2012.0087

AMES C., (1992), *Classrooms: Goals, structures and student motivation*, in "Journal of Educational Psychology", 85, 395-405

ANDREWS G.R., DEBUS R.L., (1978), *Persistence and the causal perception of failure: Modifying cognitive attributions*, in "Journal of Educational Psychology", 70, 154-166

ARCIERI R., COSTABILE E., GERMINARIO E., MARZI M., PANEI P., REGINI F., (2014), *Tra numeri e realtà*, newsletter del Registro Italiano dell'ADHD, Istituto Superiore di Sanità, in http://www.iss.it/binary/adhd/cont/Newsletter_Registro_Italiano_dicembre_2014.pdf

ASHMAN A., CONWAY R.N.F., (1991), *Guida alla didattica metacognitiva per le difficoltà di apprendimento*, Erickson, Trento

AUGUST, G.J., GARFINKEL, B.D., (1990) *Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 18, 29-45.

AVALLE U., (2009), *Il ben essere a scuola*, Pearson Paravia Mondadori, Milano

BALDARO VERDE J., (1989), *L'insuccesso scolastico*, in M.W. BATTACCHI (Ed). *Trattato enciclopedico di Psicologia dell'età evolutiva*, Piccin, Padova

BALOTTIN U., GUAZZOTTI G., CARRUBA E., PALAZZI S., (1999), *Assenteismo scolastico*, in LIVERTA SEMPIO O., CONFALONIERI E., SCARATTI G., 1999, *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.105-117

BANDURA A. (a c. di), (1996), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Erickson, Trento

BANICH M.T., (1998), *The missing link; The role of interhemispheric interaction in attentional processing*, in "Brain and Cognition", vol. 36, pp. 128-157

BARBARESI W.J., KATUSIC S. K., COLLIGAN R. C., et al., (2007), *Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective*, in "Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics", 28, 265–273

BARBER S., GRUBBS L., COTTRELL B., (2005), *Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder*, in "J Pediatr Nurs", 20, 235-45

BARKLA, XANTHE M., MCARDLE P.A. & NEWBURY-BIRCH D., (2015), *Are There Any Potentially Dangerous Pharmacological Effects of Combining ADHD Medication with Alcohol and Drugs of Abuse? A Systematic Review of the Literature*, in "BMC Psychiatry" 15, 270, doi:10.1186/s12888-015-0657-9

BARKLEY R.A., FISCHER, M., EDELBROCK, C. S., et al., (1990), *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year old prospective follow up study*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 29, 546–557

BARKLEY R.A., (1990), *Attention deficit/hiperativity disorder: a handbook, for diagnosis and treatment*, Guilford Press, New York.

BARKLEY R.A., (1996), *Attention deficit/hiperativity disorder*, in Mash E. J. & Barkley R. A. (Eds.), *Child psychopathology*, The Guilford press, New York, 63-112

BARKLEY R.A., (1997), *Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD*, in "Psychological Bulletin", 121, 65-94

BARKLEY R.A., (1998), *Attention deficit/iperattività disorder: A clinical workbook*, Guilford press, New York

BARKLEY R.A., (1998), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Long Term Course, Adult Outcome and Comorbid Disorders*, in "NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Bethesda, Maryland

BARKLEY R.A., (1987), *Defiant children: a clinician manual for parents' training*, Guilford Press, New York

BARKLEY R.A., (2005), *ADHD and the Nature of Self-Control*, Paperback/Hardcover

BARKLEY R.A., (2006), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, New York

BARKLEY R.A., FISCHER M.S., EDELBROCK C. & SMALLISH L., (1990), *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-years prospective follow-up study*, in "Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry", 29, 546-557

BATSON C.D. (1998); *Altruism and Prosocial behavior*, in Gilbert D.T., Fiske S.T. & Lindzey G. (Eds.), *Handbook of social psychology*, vol. 2, pag. 282-316, McGraw Hill, Boston, MA

BAUMEISTER R.F., (1982), *A self-presentational view of social phenomena*, in "Psychological Bulletin", 91, 3-26

BENEDETTO L., LAMBERTI M., INGRASSIA M., CIUFFO M., SIRACUSANO R., FIDI D., ALQUINO A., GERMANO' E. & GAGLIANO A., (2015), *ADHD, routine familiari e livelli di stress genitoriale: studio di un campione clinico*, in "DdAI, Disturbi di attenzione e Iperattività", vol. 10, 159-174

BERGANZA C.E., ANDERS T.F., (1978), *An epidemiologic approach to school absenteeism*, in "Journal Am Acad Child Psychiatry", 17(1), 117-125

BESOLI G., VENIER D., (2003), *Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli Venezia Giulia*, in "Quaderni apc", X, 8-9

BESOZZI E., (1993), *Elementi di sociologia dell'educazione*, la Nuova Italia Scientifica, Roma

BIANCHINI R., POSTORINO V., GRASSO R., SANTORO B., MIGLIORE S., BURLÒ C., TATA C., MAZZONE L., (2013), *Prevalence of ADHD in a*

sample of Italian students: a population-based study, in "Res Dev Disabil." 34(9), 2543-50, doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.027. Epub 2013 Jun 7

BIEDERMAN J., MICK E., FARAONE S.V., (2000), *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type*, in "American J Psychiatry"; 157(5), 816-8

BIDWELL L.C., WILLCUTT E.G., McQUEEN M.B., DE FRIES J.C., OLSON R.K., SMITH S.D., PENNINGTON B.F., (2011), *A family based association study of DRD4, DAT1 and 5HTT and continuous traits of attention-deficit hyperactivity disorder*, in "Behavior Genetics", 41, 165-174

BŁACHNO M¹, KOŁAKOWSKI A, WÓJTOWICZ S, WOLAŃCZYK T, BRYŃSKA A, PISULA A, ZŁOTKOWSKA M., (2013), *Self-esteem of boys with attention deficit hyperactivity disorder - pilot study*, in "Psychiatr Pol.", 47 (2), 281-91

BLOCH & CROUCH, (1985), *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*, Oxford University Press

BLOOM. B. S., (1976), *Human characteristics and school learning*, McGraw-Hill, New York

BONATI B., PANEI P., 2009, *Il Registro dell'ADHD: lo stato dell'arte*, in "Medico e Bambino", 28, 277
http://www.medicoebambino.com/?id=0905_277.pdf

BORKOWSKI J. G., MUTHUKRISHNA N., (2011), *Didattica Metacognitiva. Come insegnare strategie efficaci di apprendimento*. Presentazione di Cesare Cornoldi, Erickson, Trento

BORKOWSKI J., G., & MUTHUKRISHNA N., (1996), *Un modello graduale per introdurre l'insegnamento metacognitivo in classe*, In lanes D. (a cura di), *Metacognizione e insegnamento*, Erickson, Trento

BORKOWSKI J., G., & MUTHUKRISHNA N., (1994), *Lo sviluppo della metacognizione nel bambino: un modello utile per introdurre l'insegnamento metacognitivo in classe*, in "Insegnare all'handicappato", 8(3), 229-251

BORKOWSKI J.G., WEYHING R.S. & TURNER L.A., (1988), *Attributional retraining and the teaching of strategies*, in "Exceptional Children", 53(2), 130-137

BRACKEN B. A., (1993), *TMA, Test Multidimensionale dell'autostima*, Erickson, Trento

BRASWELL L. e BLOOMQUIST M. (1991); *Cognitive- Behavioural Therapy with ADHD Children: Child, Family and School Intervention*, New York, Guilford Press

BRONFENBRENNER U., (2002), *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna

BRUNER, J., 1997, *La cultura dell'educazione*, Feltrinelli, Milano

BUONANNO C., ISOLA L., ROMANO G., (2007), *L'ADHD e l'intervento in più contesti: Le procedure per lo sviluppo dell'autocontrollo e i programmi di Parent training*, in "Cognitivismo clinico", 4, 2, pp. 139-149

BURT S.A., (2009), *Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology; A meta-analysis of shared environmental influences*, in "Psychological Bulletin", 135, 608-637

CACI H., PAILLE S., 2014, *Retentissements au quotidien du trouble déficit de l'attention/hyperactivité durant l'enfance et l'adolescence: données françaises issues de l'enquête européenne LIS*, in "Archives de Pédiatrie", XXX, 1-10, Elsevier Masson

CACI H., ASHERON P., DONFRANCESCO R., FARAONE V., HERVAS A., FITZGERALD M., & DOPFNER M., (2014), *Daily life impairments associated with childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder as recalled by adults: results from the European Lifetime Impairment Survey*, CNS Spectr 26, 1-10, Cambridge University Press, Cambridge

CAMPBELL J.D. e LAVALEE L.F., (1993), *Who am I? The Role of Self-concept Confusion in Understanding the Behaviour of People with Low Self-esteem*, in Baumeister R.F, *Self-esteem. The puzzle of low Self-regard*, 3-20, Plenum, New York

CANTWELL, D.P., BAKER, L., (1991), *Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders*, in "Journal of Learning Disabilities", 24, 88-95

CANTWELL D.P., SATTERFIELD J.H., (1978), *The prevalence of academic underachievement in hyperactive children*, in "J Ped Psycholo", 3, 168-171

CAPODIECI A., CORNOLDI C., (2013), *Bambini disattenti e iperattivi*, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze

CAPONI B., CALMA L., RE A.M., CORNOLDI C., (2008), *Sviluppare la concentrazione e l'autoregolazione*, Erickson, Trento

CARON C. & RUTTER M., (1991), *Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 32, 7, 1063-1080

CASTELLANOS F.X., SONUGA-BARKE E.J.S., MILHAM M.P., TANNOCK R., (2006), *Characterising cognition in ADHD; Beyond executive dysfunctions*, in "Trends in Cognitive Sciences", 10, 117-123

CASTELLANOS F.X., TANNOCK R., (2002), *Neurosciences of Attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes*, in "Neuroscience", 3, 617-628

CHIARENZA G.A., BIANCHI E., MARZOCCHI G.M., (2002), *Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD), in età evolutiva*, in http://www.aidaiassociazione.com/Linee_Guida_Trattamento.htm

CIANCHETTI C., FEDRIZZI E., PFANNER P., RIVA D., 2006, *Strumenti di valutazione clinica in neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Franco Angeli, Milano

CIOTTI F., 2003, *La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate*, in "Quaderni acp", X, 18-20

CLAVENNA A. & BONATI M., (2014), *Safety of Medicines Used for ADHD in Children: A Review of Published Prospective Clinical Trials*, in "Archives of Disease in Childhood" 99, 9, 866-72. doi:10.1136/archdischild-2013-304170

COLEMAN P.K. & KARRAKER K., (1998), *Self-efficacy and parenting quality: Findings and future implications*, in "Developmental Review", 18, 47-85

COMOGLIO M., (1999), *Un approccio cognitivista al fenomeno del drop-out*, in Liverta Sempio O., Confalonieri E., Scaratti G., (1999), *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 177-200

CONNERS K.C., (1997), *Conner's Teacher Rating Scale-Revised e Conner's Parent Rating Scale* di Conners, Giunti O.S., Firenze

CORBO S, MAROLLA F, SARNO V, TORRIOLI MG, VERNACOTOLA S., (2003), *Prevalenza dell'ADHD in bambini seguiti dal Pediatra di Famiglia*, in "Medico e Bambino", 1, 22-25.

CORBO S, MAROLLA F, SARNO V, TORRIOLI MG, VERNACOTOLA S., (2002), *Prevalenza del disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività; (adhd) in una popolazione di bambini seguita dai pediatri di famiglia*. In "Medico e Bambino pagine elettroniche", 5(9) http://www.medicoebambino.com/?id=RI0209_10.html

- CORNOLDI C., (1995), *Metacognizione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna
- CORNOLDI C., COLPO G., (1998, 2011), *Prove di lettura MT-2*, Giunti O.S., Firenze
- CORNOLDI C., GARDINALE M., MASI M., PETTENO' L., (1996, rist. 2012), *Impulsività e autocontrollo. Interventi e tecniche metacognitive*, Erickson, Trento
- CORNOLDI C., DE BENI R., GRUPPO MT, (1994), *Imparare a studiare. Strategie, stili cognitivi, metacognizione e atteggiamenti nello studio*, Erickson, Trento
- CORNOLDI C., DE MEO T., OFFREDI T., VIO C., 2001, *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Erickson, Trento
- CORNOLDI C., LUCANGELI D., BELLINA M., (2012), *Test AC-MT 6-11*, Erickson, Trento
- CORNOLDI, C., MOLIN, A., & MARCON, V., (2004), *Il Questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI*, in "Difficoltà di apprendimento", 9, 391-412
- COUSINS, L.S., WEISS, G., (1993), *Parent training and social skills training for children with attention deficit hyperactivity disorder: how can they be combined for greater effectiveness?*, in "Canadian Journal of Psychiatry", 38, 449-457
- CRAWFORD N., (2003), *ADHD: a women's issue. Psychologists are fighting gender bias in research on attention-deficit hyperactivity disorder*, Monitor Staff, Vol 34, No. 2, in <http://www.apa.org/monitor/feb03/adhd.aspx>
- CHRONIS-TUSCANO A., CLARKE T.L., O'BRIEN K.A., et al., (2013), *Development Preliminary Evaluation of an Integrated Treatment Targeting Parenting and Depressive Symptoms in Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", DOI: 10.1037/a0032112
- CUNNINGHAM C.E., BREMMER R. & BOYLE M., (1995), *Large group community-based parent training programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost-effectiveness, and outcome*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 36, 1141-1159
- DADDAZIO M., *Il successo formativo*, in www.evolutionschool.com
- DE BENI R., MAZZONI G., (1991), *L'attribuzione e la fiducia nelle proprie capacità mnestiche*, in "Età evolutiva", 38, 32-50

DE BENI R., MOE' A., (2000), *Motivazione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna

DE BENI R., MOE' A., (1999), *La misurazione dello stile attributivo in bambini dai 4 ai 10 anni. La prova di attribuzione*, in "Bollettino di Psicologia Applicata", 229, 27-36

DE BENI R., MOE' A., RAVAZZOLO C., (1998), *Sviluppo dello stile attributivo e relazione con le componenti metacognitive in bambini dai 4 ai 10 anni*, in "Psicologia clinica dello sviluppo", 2/1998, 245-270, Il Mulino, Bologna

DE BENI R., MOE' A., (1995), *Questionario di attribuzione. Attribuzione delle cause di successo/fallimento in compiti cognitivi*, O. S. Organizzazioni Speciali, Firenze

DE BOO G.M., PRINS P.J., (2007), *Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training*, in "Clin Psychol Rev", 27(1), 78-97

DE GRADA E., MANNETTI L., (1992), *L'attribuzione causale. Teorie classiche e sviluppi recenti*, Il Mulino, Bologna

DE RENOCHÉ G., (2002), *Epidemiologia dell'ADHD: riscontri recenti e revisione critica*, A.I.D.A.I., newsletter

DIAMOND A., (2013), *Executive function*, in "Annual Review of Psychology", 25(2), 135-168

DICA-IV, *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV* , in <http://www.mhs.com>

DIDONI A., SEQUI M., PANEI P., BONATI M., (2011), *Lombardy ADHD Registry Group, 2011, One-year prospective follow-up of pharmacological treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Eur J Clin Pharmacol", 67(10), 1061-7. doi: 10.1007/s00228 -011-1050-3.

DI MAIO D., MAIORNA F., (2008), *Disagio economico e rendimento scolastico*, in "Vega Journal, Periodico di Cultura, Didattica e Formazione universitaria", 08 – Anno IV- Numero 2

DI NUOVO S., (2014), *I bisogni educativi speciali*, Giunti O. S. Organizzazioni Speciali, Firenze

DI PIETRO M., BASSI E. & FILORAMO G., (2001), *L'alunno iperattivo in classe: Problemi di comportamento e strategie educative*, Erickson, Trento

DI PIETRO M. & CECCARELLI F., (2016), *Autostima e iperattività: uno studio pilota con studenti di scuola primaria e secondaria di primo grado*, in "Disturbi di attenzione e iperattività", 11, 159-174

DONFRANCESCO R., LOPRIENO U., (2015), *Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the lives of Italian children and adolescents: data from the European Lifetime Impairment Survey*, in "Minerva Pediatrica", 67(5), 427-436

DONFRANCESCO R., MARANO A., CALDERONI D., MUGNAINI D., THOMAS F., TRANI M., INNOCENZI M., VITIELLO B., (2015), *Prevalence of severe ADHD an epidemiological study in the Italian Regions of Tuscany and Latium*, in "Epidemiol Psychiatr Sci"; 24(6), 525-33

DOUGLAS V., (1972), *Stop, look and listen! The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*, in "Canadian Journal of Behavioral Science", 4, 259-282

DOUGLAS V., PARRY P.A., MARTON P., GARSON C., (1976), *Assessment of a cognitive training program for hyperactivity children*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 4, 389-410

DRECHSLER R., STRAUB M., DOEHNERT M., HEINRICH H., STEINHAUSEN H.C., BRANDEIS D., (2007), *Controlled evaluation of a neurofeedback training of slow cortical potentials in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*, in "Behavioral and Brain Functions", 3, 35

DUPAUL, G. J., POWER, T. J., ANASTOPOULUS, A. D., & REID, R. (1998), *ADHD rating scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*, Guilford, New York

DU PAUL G., STONER G., (2014), *ADHD in the schools, Third Edition: Assessment and intervention strategies*, Guilford Press, New York

DWECK C.S., (1975), *The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness*, in "Journal of Personality and social Psychology," 31, 674-685

EDBOM T, LICHTENSTEIN P, GRANLUND M., (2006), *Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins*, in "Acta Paediatr.", 95, 650-7.

EISENBERG N. et al. (2006); *Prosocial Behaviour*, in Eisenberg N., Damon W., Lerner R.M. (Series Eds.), *Handbook of child psychology*, vol. 3. *Social, emotional, and personality development*, (6th ed., 646-718), Wiley, New York

EK U, WESTERLUND J, HOLMBERG K, FERNELL E., (2008), *Self-esteem in children with attention and/or learning deficits the importance of gender*, in "Acta Paediatr", 97: 1125-30

EVANS S. W., (2014), *The Family-School Success intervention improves some family and educational outcomes in children with attention deficit hyperactivity disorder more than a control psychosocial intervention*, in <http://ebmh.bmj.com>

EPSTEIN S., (1973), *The self-concept revisited or a theory of a theory*, in "American Psychologist", 28, 405-416

EYBERG S.M., EDWARDS D., BOGGS S.R., & FOOTE R., (1998), *Maintaining the treatments effects of parent training: The role of booster session and other maintenance strategies*, in "Clinical Psychology: Science and Practice", 5, 544-554

FABIANO G.A., CHACKO A., PELHAM W.E., ROBB J., et al., (2007), *Comparison of Behavioral Parent Training Programs for fathers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, in "Behavior therapy", 40, 190-204

FABIO R.A., MECENERO M., ANTONIETTI A., *Il deficit di attenzione al femminile. Ricerca su alcuni aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali*, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano, in <http://digilander.libero.it/naele33/adhd%20al%20femminile.pdf>

FADDA R., MANGIARACINA E. (a cura di), (2011), *Dispersione scolastica e disagio sociale: criticità del contesto educativo e buone prassi preventive*, Carocci, Roma

FARAONE S.V., BIEDERMAN J., MONUTEAUX M.C., DOYLE A.E., SEIDMAN L.J., (2001), *A psychometric measure of learning disability predicts educational failure four years later in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, in "Journal of Attention Disorder", 4, 220-230

FARAONE S.V., PERLIS R.H., DOYLE A.E., SMOLLER J.W., GORALNICK J.J., HOLMGREN M.A., SKALAR P., (2005), *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Biological Psychiatry", 57, 1313-1323

FARAONE S.V., BIEDERMAN J., MICK E., (2006), *The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies*, in "Psychol Med", 36, 159-165

FARAONE S.V., SERGEANT J., GILLBERG C., BIEDERMAN J., (2003), *The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?*, in "World Psychiatry", 2, 104-113

FEDELI D., (2013), *Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, Carocci, Roma

FEDELI D. & VIO C., (2016), *ADHD iperattività e disattenzione a scuola*, Giunti, Firenze

FISCHER M., BARKLEY M., & FLETCHER K., (1993), *The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, social, academic and emotional adjustment*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 32, 324-332

FISKE S.T. (2004); *Intent and Ordinary Bias: Unintended Thought and Social Motivation Create Casual Prejudice* in "Social Justice Research", 17, 117–127

FLAVELL J., 819589, *Cognitive Development*: Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ

FORSYTH D.R., (1980), *The functions of attributions*, in "Social Psychology Quarterly", 43, 184-189

FORSTERLING F., (1985), *Attributional retraining: A review*, in "Psychological Bulletin", 98, 495-512

FRAZIER T.W., YOUNGSTROM E.A., GLUTTING J.J., WATKINS M.W., (2007), *ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students*, in "Journal of Learning Disabilities", 40(1), 49–65

FREITAG C.M., HANIG S., SCHNEIDER A., SEITZ C., PALMASON H., RETZ W., MEYER J., (2012), *Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD*, in "Journal of Neural Transmission", 119, 81-94

FRIGERIO A., (2001), *CBCL-Child Behavior CheckList*, Bosisio Parini, Medea

FRIGERIO A., MONTALI F., MARZOCCHIG.M., (2015), *Conoscenza e percezioni del disturbo da Deficit di Attenzione e iperattività (ADHD): uno studio su un campione di insegnanti italiano*, in "DdAI, Disturbi di attenzione e Iperattività", 10, 209-230

FROELICH, TANYA E., JULIA S. ANIXT, IRENE M. LOE, VILAWAN CHIRDKIATGUMCHAI, LISA KUAN, E RICHARD C. GILMAN, (2011), *Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/hyperactivity Disorder*, in "Current Psychiatry Reports", 13, n. 5, 333–44. doi:10.1007/s11920-011-0221-3.

GADOW K.D., NOHAL E.E., SVERD J., SPRAKKIN J. & PAOLICELLI L., (1990), *Methylphenidate in aggressive-hyperactive boys. I effects on peer aggression in public school setting*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 29, 710-715

GAGLIARDINI I., CONTI E., *Bambini e ragazzi con problemi di attenzione e iperattività*, in http://www.psicoterapiatrainingschool.it/staff/articoli/ADHD_Bambini-e-ragazzi-problemi-attenzione-iperattivita.pdf

GALLUCCI F., BIRD H.R., BERARDI C., GALLAI V., PFANNER P., WEINBERG A., (1993), *Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study*, in "Journal American Acad Child Adolesc Psychiatry", 32, 1051-1058.

GAYAN J. & OLSON R.K., (1999), *Reading disabilities: Evidence for a genetic etiology*, in "European Child & Adolescent psychiatry, 8 supp.3, 52-55

GAUB M., CARLSON C. L., (1997), *Behavioural characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 25, 103-111

GELLI B., MANNARINI T., 1999, *Il mentoring: uno strumento contro la dispersione scolastica*, Carocci, Roma

GERMANÒ E., GAGLIANO A., CURATOLO P., (2010), *Comorbidity of ADHD and Dyslexia*, in "Developmental Neuropsychology", 35(5), 475-493

GHIONE V., 2005, *La dispersione scolastica*, Carocci, Roma

GIOSI M., *Un problema urgente: la dispersione scolastica. Note sul caso-Finlandia.*, in <http://www.fupress.net/index.php/sf/article/viewFile/10798/10183>

GIZER I.R., FICKS C., WALDMANI.D., (2009), *Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review*, in "Human genetics", 126, 51-90

GERMANO' E., GAGLIANO A., CURATOLO P., (2010), *Comorbidity of ADHD and Dyslexia*, in "Developmental Neuropsychology", 35(5), 475-493

GEVENSLEBEN H., HOLL B., ALBRECHT B., VOGEL C., SCHLAMP D., KRATZ O., STUDER P., ROTHENBERGER A., MOLL G.H., HEINRICH H., (2009a), *Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial*, in "J. Child Psychol. Psychiatry", 50, 780-789

GEVENSLEBEN H., HOLL B., ALBRECHT B., SCHLAMP D., KRATZ O., STUDER P., WANGLER S., ROTHENBERGER A., MOLL G.H., HEINRICH

H., (2009b), *Distinct EEG effects related to neurofeedback training in children with ADHD: a randomized controlled trial*, in "Int J Psychophysiol", 74, 149–57

GRAZZINI P., 2005, *Il disagio scolastico*, Educare.it, anno V, n.5, in http://www.educare.it/Scuola/difficolta/disagio_scolastico.htm

GROPPO M., LOCATELLI M. C., 1999, *Cambiamento culturale e disagio scolastico*, in Liverta Sempio O., Confalonieri E., Scaratti G., (1999), *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.121-141

GRUZELIER J.H., INOUE A., SMART R., STEED A., STEFFERT T., (2010) *Acting performance and flow state enhanced with sensory-motor rhythm neurofeedback comparing ecologically valid immersive VR and training screen scenarios*, in "Neuroscience Letters", 480, 112–116

GUEVREMONT, D., (1990) *Social skills and peer relationship training*, In: Barkley, R.A., (Ed.) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, New York, 540-572.

GULOTTA G., (1982), *I processi di attribuzione nella psicologia interpersonale e sociale*, Franco Angeli, Milano

HANF C., (1969), *A two stage program for modifying maternal controlling during mother-child interaction*, relazione presentata al Meeting della Western Psychological Association, Vancouver, USA

HARPIN V, MAZZONE L, RAYNAUD JP, KAHLE J, HODGKINS P., (2016), *Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function*, in "J Atten Disord.", 20(4), 295-305. doi: 10.1177/1087054713486516. Epub 2013 May 22.

HARTER S., (1985); *Self perception Profile for Children*, University of Denver, Denver

HARTER S., (1983); *Developmental perspectives on the self system*, in Hetherington E. M. (a cura di), *Handbook of Child Psychology: Socialization Personality and Social Development*, 4, New York, Wiley

HAZELL P.L., CARR V.J., LEWIN T.J. ET AL., (1999), *Effortful and automatic information processing in boys with ADHD and specific learning disorders*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 40, 275-86

HECHTMAN L, WEISS G, PERLMAN T., (1980), *Hyperactives as young adults self-esteem and social skills Can*, in " J Psychiatry", 25, 478-83

HEIDER F., (1958), *The Psychology of interpersonal relations*, Wiley & Sons, New York, trad it. *Psicologia delle relazioni interpersonali*, (2000), Il Mulino, Bologna

HEINONEN K., RAIKKONEN K., PESONEN A.K., ANDERSSON S., KAJANTIE E., ERIKSSON J.G., WOLKE D., LANO A., (2010), *Behavioural symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: A longitudinal study*, in "BMC Pediatrics", 10, 91, doi: 10.1186/1471-2431-10-91

HILL P., TAYLOR E., (2001), *An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder*, in "Arch disab Child", 84, 404-409

HOLTMANN M., SONUGA-BARKE E., CORTESE S., BRANDEIS D., (2014), *Neurofeedback for ADHD: A Review of Current Evidence*, in "Child Adolesc Psychiatric Clin", <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.05.006>

HUINZINK A.C., MULDER E.J., (2006), *Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioural and cognitive functioning in human offspring*, in "Neuroscience and Biobehavioral Reviews", 30, 24-41

IANES D., MARZOCCHI G. M., SANNA G., (2009), *L'iperattività. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Erickson, Trento

IANES D., DEMO H., ZAMBOTTI F., (2010), *Gli insegnanti e l'integrazione. Atteggiamenti, opinioni e pratiche*, Erickson, Trento

JACKSON N.F., JACKSON D.A., MUNROE C., (1983), *Getting Along with Others: Teaching Social Effectiveness to Children*, Research Press, Waterloo, Ontario

JAMES W., (1890), *Principles of Psychology*, vol. I, Harvard University Press, Cambridge, MA; (trad it. *Principi di psicologia*, Principato, Milano, 1983)

JAMES W., (1899); *Talks to teachers on psychology: and to Students on some of life's ideals*, Holt, New York

JONES K., DALEY D., HUTCHINGS J. et al., (2007), *Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD*, in "Child: Care, Health and Development", 33, 6, 749-756

JONES K., DALEY D., HUTCHINGS J. et al., (2008), *Efficacy of the Incredible Years programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up*, in "Child: Care, Health and Development", 34, 3, 380-390

JONES E.E. & DAVIS K.E., (1965), *From acts to dispositions: the attribution process in person perception*, in BERKOWITZ I., (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 2, academic Press, New York

JOHNSTON C., MASH, E. J., (1989), *A measure of parenting satisfaction and efficacy*, in "Journal of Clinical Child Psychology", 18(2), 167-175 (who cite Gilbaud-Wallston & Wanderson, 1978)

KAUFMAN J., BIRMAHER B., RAO U., RYAN N., curatrice italiana SORGOS C., (2004), *Test K-SADS-PL – Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*, Erickson, Trento

KELLEY H.H., (1967), *Attribution Theory in Social Psychology*, in Levine D., (Ed) *Nebraska Symposium of Motivation*, 15, 192-238, Lincoln, NE: Univerity Of Nebraska Press

KENDALL P.C., BRASWELL L., (1993), *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*, Guilford Press, New York

KENT K.M., PELHAM W.E., MOLINA B.S.G., WASCHBUSH D.A., YU J., SIBLEY M.H., KARCH K., (2011), *The Academic Experience of Male High School Students with ADHD*, in "Journal of Abnormal Child Psychology.", 39, 451-462, doi:10.1007/s10802-010-9472-4

KESSLER R.C., ADLER L.A., BARKLEY R., BIEDERMAN J., CONNERS C.K., FARAONE S.V., GREENHILL L.L., JAEGER S., SECNIK K., SPENCER T., USTÜN T.B., ZASLAVSKY A.M., (2005), *Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication*, in "Biol Psychiatry", 57(11), 1442-51

KIRBY. E. A., GRIMLEY L.K., (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività. Guida per psicologi e insegnanti*, Erickson, Trento

KNOPIK V.S., SPARROW E.P., MADDEN P.A., BUCHLOZ K.K., HUDZIAK J.J., REICH W. et al., (2005), *Contributions of prenatal alcoholism, prenatal substance exposure, and genetic transmission to child ADHD risk: A female twin study*, in "Psychological Medicine", 35, 625-635

KOOIJ S., HUSS M., ASHERSON P., AKEHURST R., BEUSTERIEN K., FRENCH A., SASANE' R., HODGKINS P., (2012), *Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD*, in "Journal of Attention Disorder", 16, 3s-19s

KORKMAN M., KIRK U. & KEMP S., ed. it a c. di Urgesi C., Campanella F., Fabbro F., (2011), *Nepsy-II*, Giunti O.S., Firenze

KOVACS M., (1992), *Children Depression Inventory*, Multi Health System, Toronto, Canada

KRIKORIAN R., BARTOK J., GAY N., (1994), *Tower of London procedure: a standard method and developmental data*, in "Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology", 16, 840-850

LAHEY B. B., APPLGATE K., MCBURNETT J. et al., (1994), *DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*, in "American Journal of Psychiatry", 151, 1673–1685

LAMBERT N.M., (1989), *The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered Hyperactive*, in "Journal of Abnormal Psychology", 8, 33-50

LAMBERT N.M., (1998), *Adolescent Outcome for Hyperactivity Children*, in "American Psychologist", 43, 786-789

LANGBERG JM, MOLINA BSG, ARNOLD LE, EPSTEIN JN, ALTAYE M, HINSHAW SP, HECHTMAN L., (2011), *Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology", 40(4), 519–531

LANZI G., BALOTTINU., GUAZZOTTI G., PALAZZI S., CARRUBA E., (1993), *Assentesismo nel primo anno di scuola elementare*, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 60(6), 571-577

LECRERCQ M., (2002), *Theoretical aspects of the main compnents and functions of attention*, in Lecrercq M., Zimmermann P., (eds.), *Applied neuropsychology of attention. Theory, diagnosis and and rehabilitation*, in "Psychology Press, London, 3-55

LEFCOURT H.M., (1973), *The function of illusions of control and freedom*, in "American Psychologist", 28, 417-425

LEUNG P.W., CONNOLLY K.J., (1994), *Attentional difficulties in hyperactive and conduct-disordered: a processing deficit*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 35, 1229-45

LEWIN K., (1935), *A dinamic theory of perosnality*, McGraw Hill, New York

LINDSTROM K., LINDBLAD F., HJERN A., (2011), *Preterm birthand attention-deficit/hyperactivity disorder in school children*, in "Pediatrics", 127, 858-865

LIVERTA SEMPIO O., CONFALONIERI E., SCARATTI G., (1999), *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano

LOE I.M., FELDMAN H.M., (2007), *Academic and educational outcomes of childrens with ADHD*, in "J. PediatrPsychol", 32(6), 643-54

LUBAR J.F., (1972), *Neocortical dynamics: implications for understanding the role of neurofeedback and related techniques for the enhancement of attention*, in "Appl. Psychophysiol. Biofeedback", 22, 111–126

LUBAR, J. F., (1995), *Neurofeedback for the management of attention-deficit/hyperactivity disorders*, in M. S. Schwartz (Ed.), *Biofeedback: A practitioner's guide*, Guilford, New York, 493-522

LUBAR J.F., (1997), *Neocortical dynamics: implications for understanding the role of neurofeedback and related techniques for the enhancement of attention*, in "Appl. Psychophysiol. Biofeedback", 22, 111–126

LUBAR J.F., SHOUSE M.N., (1976), *EEG and behavioural changes in a hyperkinetic child concurrent with training of the sensorimotor rhythm (SMR): A preliminary report*, in "Biofeedback&Self-Regulation, 3, 293-306

MANCINI G. E GABRIELLI G., (1998), *Test di Valutazione del Disagio e della Dispersione Scolastica- TVD*, Erickson, Trento

MARCOTTO E., PALTENGI B., CORNOLDI C., (2002), *La scala IPPDAI: Contributo per la costruzione di uno strumento per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività*, in "Difficoltà di Apprendimento", 8, 2, 153-172

MARINI F., 1999, *Attribuzioni causali e motivazione scolastica*, in LIVERTA SEMPIO O., CONFALONIERI E., SCARATTI G., (1999), *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.143-175

MARCH J.S., PARKER J.D., SULLIVAN K., STALLINGS P., CONNERS C.K., (1997), *The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity*, in "Journal American Academy Child Adolesc Psychiatry" , 36(4), 554-65

MARSH H.W. e HOLMES I.W. (1990); *Multidimensional Self-Concept: Construct Validation of Responses by Children*, in "American Educational Research Journal", n. 27, pag. 89-117

MARSHALL R. M., SCHAFER V. A., O'DONNELL, L. et al., (1999), *Arithmetic disabilities and ADHD subtypes: implications for DSM-IV*, in "Journal of Learning Disabilities", 32, 239-247

MARZOCCHI G.M., (2003), *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna

MARZOCCHI G.M. e MENAZZA C., (1998), *Il Continuous Performance Test: una prova per la valutazione dell' attenzione e dell' impulsività*, Relazione presentata al VII Congresso Nazionale AIRIPA, Verona, 15-17 ottobre 1998

MARZOCCHI G.M., CORNOLDI C., (2000), *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*, in "Psicologia Clinica dello Sviluppo", 4, 43-63.

MARZOCCHI G. M., MOLIN A., POLI s., (2000), *Attenzione e metacognizione*, Erickson, Trento

MARZOCCHI G.M., OOSTERLAAN J., DE MEO T., DI PIETRO M., PEZZICA S., (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*, in "Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva", 21, 378-39

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*, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 70

MARZOCCHI G.M., OOSTERLAAN J., ZUDDAS A., CAVOLINA P., GUERTS H., REDIGOLO D., VIO C. & SERGEANT J.A., (2008), *Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 44, 377-384

MARZOCCHI G.M., PORTOLAN S., USILLA A., (2006), *Autoregolare l'attenzione*, Erickson, Trento

MARZOCCHI G.M., RE A.M., CORNOLDI C., BIA, (2010), *Batteria italiana per l'ADHD, Batteria per la valutazione dei bambini con deficit di attenzione/iperattività*, Erickson, Trento

MARZOCCHI G. M., SCLAFANI M., RINALDI R., GIANGIACOMO A., (2012), *ADHD in pediatria. Guida operativa*, Erickson, Trento

MARZOCCHI G.M., VALAGUSSA S., (2011), *Le funzioni esecutive in età evolutiva. Modelli neuropsicologici, strumenti diagnostici, interventi riabilitativi*, Franco Angeli, Milano

MARZOCCHI G.M. e Centro per l'Età Evolutiva, (2011), *La presa in carico dei bambini con ADHD e DSA: costruzione della rete tra clinici, genitori e insegnanti*, Erickson, Trento

MASCHIETTO D., (2006), *ADHD e diagnosi differenziale*, AIRIPA, Verona

MASCHIETTO D., BAIONI E., VIO C., NOVELLO F., GERMINARIO E.A.P., REGINI F.M., PANEI P., (2012), *Prevalenza dell'ADHD in una popolazione pediatrica e sua esposizione al trattamento psico-comportamentale e farmacologico*; in "Medico e Bambino" pagine elettroniche; 15(10) http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1210_10.html

MASI G., MILLEPIEDI S., PEZZICA S., BERTINI S., BERLOFFA S., (2005), *Comorbidità e diagnosi differenziale del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche*, in "Disturbi di Attenzione e Iperattività", 1(1), 89-106, Trento, Centro Studi Erickson

MASI G., PERUGI G., MILLEPIEDI S., TONI C., MUCCI M., PFANNER C., BERLOFFA S., PARI C., AKISKAL H.S., (2007), *Bipolar co-morbidity in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical and treatment implications*, in "J Child Adolesc Psychopharmacol.", 17(4), 475-86

MASLOW A.H., (1957), *Power relationships and patterns of personal development*, in Kornbauser A., *Problems of Power in American Democracy*, Wayne University Press, Detroit.

MASSETTI G.M., LAHEY B.B., PELHAM W.E., LONEY J., EHRHARDT A., LEE S.S., et al., (2008), *Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder at 4–6 years of age*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 36, 399–410

MAZZONE L., POSTORINI V., REALE L., GUARNERA M., MANNINO V., ARMANDO M., FATTA L., DE PEPPO L. & VICARI S., (2013), *Self-esteem evaluation in children and adolescent suffering from ADHD*, in "Clinical Practice & Epidemiology Health", 9, 96-102

MCGEE, R., PRIOR M., WILLIAMS S. et al., (2002), *The long-term significance of teacher-rated hyperactivity and reading ability in childhood: findings from two longitudinal studies*, in "The Journal of Child Psychology and Psychiatry", 43, 1004–1017

MEICHENBAUM D., (1977), *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*, Plenum, New York

MEIJER W. M., FABER A., VAN DEN BAN E., TOBI H., (2009), *Current Issues around the Pharmacotherapy of ADHD in Children and Adults*, in "Pharmacy World & Science: PWS", 31(5), 509–16, doi:10.1007/s11096-009-9302-3

MERRELL C., TYMMS P., (2001) *Inattention, hyperactivity and impulsiveness: their impact on academic achievement and progress*, in "British Journal of Educational Psychology", 7, 43–56

MERRELL C., TYMMS P., (2005a), *Rasch analysis of inattentive, hyperactive and impulsive behaviour in young children and the link with academic achievement*, in "Journal of Applied Measurement", 6, 1–18

MILICH, R., DODGE, K.A., (1984), *Social information processing in child psychiatry populations*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 12, 471-479.

MIYAKE A. et al., (2000), *The unity and the diversity of Executive Functions and their contributions to complex frontal lobe task: A latent variable analysis*, in "Cognitive Psychology", 41, 49-100

M.I.U.R. Ministero Istruzione Università e Ricerca, Servizio statistico, 2013, Focus: la dispersione, in http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/9b568f0d-8823-40ff-9263-faab1ae4f5a3/Focus_dispersione_scolastica_5.pdf

MOE' A., (2014), *L'autostima*, Editori Laterza, Roma

MOE' A., (2010), *La motivazione*, Il Mulino, Bologna

MOE' A. DE BENI R., (2002), *Stile attributivo, motivazione ad apprendere ed atteggiamento strategico, Una rassegna*, Psicologia clinica dello sviluppo, 1, 5-36

MONASTRA V.J., LYNN S., LINDEN M., LUBAR J.F., GRUZELIER J., & LAVAQUE T.J., (2005), *Electroencephalographic Biofeedback in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, in "Applied Psychophysiology and Biofeedback", 30, No. 2, DOI: 10.1007/s10484-005-4305-x

MORGAGNI, E. (a cura di), 1999, *Adolescenti e dispersione scolastica*, Carocci, Roma

MORGESE R., (2009), *Penso, imparo e ... risolvo!*, Erickson, Trento

MTA COOPERATIVE GROUP (2004); *National Institute of Mental health Multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention- deficit/hyperactivity disorder*, in "Pediatrics" n. 113, pp. 754-761

MUNIR K., BIEDERMAN J. e KNEE D., (1987), *Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 26, 844-848

MULAS F., GANDÍA R., ROCA P., ETCHEPAREBORDA M.C., ABAD L., (2012), *Pharmacological update in attention deficit hyperactivity disorder:*

models of intervention and new drugs, in "Revista De Neurologia", 54 Suppl 3, S41-53

MULQUEEN J.M., BARTLEY C.A., BLOCH M.H., (2015), *Meta-analysis: parental interventions for preschool ADHD*, in "J Atten Disord", 19 (2), 118-24, doi: 10.1177/1087054713504135

MURRAY D.W., RABINER D.L., HARDY K.K., (2011), *Teacher management practices for first graders with attention problems*, in "Journal of Attention Disorder", 15(8), 638-45, doi: 10.1177/1087054710378234

MURRAY H.A., (1938), *Explorations in personaity: a clinical and experimental study of fifty men college age*. Oxford Univerity Press, New York

NADEAU K., LITTMAN E. QUIN P., (1999), *Come facilitare l'identificazione di ragazze con AD/HD*, traduzione a cura di Quaglia S., AIFA, da Nadeau K., Littman E. Quin P., (1999), *Understanding Girls with ADHD*, Advantage Books, Silver Springs, Maryland

NAGLIERI J.A., JAGANNATH P.D., (2005), CAS Cognitive Assessment System, Giunti O.S., firenze

NAOMI J. S., ELIZABETH C., FRENETTE, KIRSTEN M. RENE, ROBERT T. BRENNAN, ELLEN C. PERRIN, (2014), *In-School Neurofeedback Training for ADHD: Sustained Improvements From a Randomized Control Trial*, in "Pediatrics", vol.133/issue 3

NIEDERHOFER H., (2008), *Attributions for school success and failure by adolescent students with and without deficit hyperactivity disorder*, in "Psychol Rep.", 102(2), 616-20

NIGG J.Y., (2001), *Is a ADHD a disinhibitory disorder?*, in "Psychological Bulletin", 5, 571-98

NIGG J.Y., (2006), *What causes ADHD?*, Guilford, New York

NIGG J.Y., NIKOLAS M., BURT S.A., (2010), *Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 49, 863-873

NIGG J.T., LEWIS K., EDINGER T., FALK M., (2012). *Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives*, in "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 51(1), 86–97.e8

NOVELLO F., DE MEO T., MASCHIETTO D., (2008), *Stile attributivo e DDAI: un contributo alla comorbilità*, in "Disturbi di attenzione e iperattività", 2, 225-230

NUSSBAUM N. L., GRANT M. L., ROMAN M. J., et al., (1990), *Attention deficit and the mediating effect of age on academic and behavioural variables*, in "Journal of Behavioural and Developmental Pediatrics", 11, 22-26

OH WO, PARK ES, SUK MH, SONG DH, IM Y., (2012), *Parenting of children with ADHD in South Korea: the role of socio-emotional development of children with ADHD*, in "J Clin Nurs.", 21(13-14), 1932-42. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03968.x

OLSON D., McDUBBIN H., (1983), *Families: What Makes them Work*, Sage, Beverly Hills

O.N.D.A, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, *ADHD, Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, in http://www.ondaosservatorio.it/allegati/Progettiattivita/Pubblicazioni/quaderni/ADHD_alta.pdf

PAIANO A., RE A. M., RERRUZZA E., CORNOLDI C., (2014), *Parent training per l'ADHD. Programma CERG: sostegno Cognitivo, Emotivo e Relazionale dei Genitori*, Erickson, Trento

PANEI P, ADDIS A, ARCIERI R, CHIAROTTI F, KNELLWOLF AL, PANCI C, ROCCHI F, VELLA S., (2008), *Registro nazionale dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder): primo anno di attività (2007-2008)*, Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/35), Roma

PANEI P., ARCIERI R., (2013), *Il registro dell'ADHD: valutazione post-marketing del profilo beneficio-rischio dei farmaci e promozione dell'appropriatezza*, *Recenti progressi in medicina*, 104 (6)

PANEI P., BONATI M., (2009), *Molto meno di quelli previsti i bambini con ADHD in terapia con i farmaci*, ADHD Newsletter N. 17, anno II, Istituto Mario Negri, Milano,

PATEL B.D. & BARZMAN D.H., (2013), *Pharmacology and Pharmacogenetics of Pediatric ADHD with Associated Aggression: A Review*, *The Psychiatric Quarterly*, 84(4), 407–15. doi:10.1007/s11126-013-9253-7

PEDDITZI M. L., SPIGNO M., (2012), *Motivation to learn: a research on university students*, in "Procedia - Social and Behavioral Sciences", 69, 1198-1207

PEDDITZI M. L., (2011), *La dispersione scolastica: fattori di rischio nella scuola secondaria di primo grado*, in Fadda R., Mangiaracina E. a cura di, *Dispersione scolastica e disagio sociale: criticità del contesto educativo e buone prassi preventive*, Carocci, Roma pp. 81-89

PELHAM W., ATKLNS M. e MURPHY H.A., (1981), *ADD with and without hyperactivity: Parent, teacher, and peer rating correlates*, in W.E. Pelham, *DSAf-III category of attention deficit disorder* in "Rationale, operation, and correlates, Symposium conducted at the annual meeting of the American Psychological Association", Los Angeles

PELHAM W. e MILLICH R., (1984), *Peer relation in children with hyperactivity/attention deficit disorder*, in "Journal of learning disabilities", vol. 17, 560-567

PENNINGTON B.F. & OZONOFF S., (1996), *Executive functions and developmental psychopathology*, in "Journal Child Psychol Psychiatry, 37(1), 51-87

PETZOLD M., (1996), *The psychological definition of the family*, in Cusinato M. (a cura di), *Research on family resources and needs across the world*, Le edizioni universitarie, Milano, pp. 25-44

PINI G., NOVELLO F., BAIONI E. E VIO C., (2016), *Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività: analisi dell'intervento in un campione di soggetti dalla fanciullezza all'adolescenza*, in «DdAI – Disturbi di Attenzione e Iperattività», 11, 2, 193-214, doi: 10.14605/DdAI1121604

POLANCZYK G., DE LIMA M.S., HORTA B.L., BIEDERMAN J., ROHDE L.A., (2007), *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*, in "Am J Psychiatry" 164, 942-8

POPE A., McHALE S. e CRAIGHEAD E., (1988), *Self-esteem enhancement with children and adolescents*, Pergamon Press, Oxford, U.K. (trad. it *Migliorare l'autostima*, Trento, Centro Studi Erickson, 1992)

POSNER M.I., BOIES S.J., (1971), *Components of attention*, in "Psychological Review, 78, 391-408

POWER T. J. et al., (2012), *Family-school intervention for children with ADHD: results of randomized clinical trial*, in "J Consult Clin Psychol.", 80(4), 611-623

PRASAD B. E., MULVANEY C., GRAINGE M., STANTON W., SAYAL K., (2013), *How Effective Are Drug Treatments for Children with ADHD at Improving on-Task Behaviour and Academic Achievement in the School Classroom? A Systematic Review and Meta-Analysis*, in "European Child & Adolescent Psychiatry", 22, n. 4 , 203–16, doi:10.1007/s00787-012-0346-x

RABINER D., (2009), *New Study Supports Neurofeedback Treatment for ADHD*, SharpBrain

RAKESH J. et al., (2003), *Functional Outcomes in Children and Adolescents with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder*, in "Journal of Clinical Psychiatry, JCP Visuals", 5(6)

RAPPORT M.D., SCANLAN S.W., DENNEY C.B., (1999), *Attention deficit hyperactivity disorder and scholastic achievement: a model of dual developmental pathways*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 40, 1169-83

RAVAZZOLO C., DE BENI R., & MOE' A., (2005) *Stili attributivi motivazionali: percorsi per migliorare le capacità di apprendimento dei bambini dai 4 agli 11 anni*, Erickson, Trento

RAYNER S., RIDINGR., (1996), *Cognitive style and school refusal*, in "Educational Psychology, 16(4), 445-451

REALE L., ZANETTI M., CARTABIA M., FORTINGUERRA F., BONATI M., (2014), *Due anni di attività del Registro ADHD della Regione Lombardia: analisi dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici*, Gruppo Regionale Lombardo ADHD Laboratorio per la Salute Materno Infantile, IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano, in *Ricerca e Pratica*, 30(5), 198-211

REGOLIOSI L., (1999), *La prevenzione nella scuola del disagio e dell'abbandono*, in Liverta Sempio O., Confalonieri E., Scaratti G., 1999, *L'abbandono scolastico. Aspetti culturali, cognitivi, affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.231-259

REICH W., LEACOCK N. e SHANFELD K., (1997), *DICA-IV Diagnostic Interview for children and Adolescents-IV* , Toronto, Multi-Health Systems, Inc.

REICH W., SHAYKA J.J., TAIBLESON C., (1991), *Diagnostic Interview for children and Adolescents (DICA)*, Washington University, St. Louis, MO

REID M.K. & BOORKOWSKI J.G., (1987), *Causal attribution of hyperactive children: implication for teaching strategies and self-control*, in "Journal of Educational Psychology", 79(3), 296-307

RIELLO M., RE A.M., CORNOLDI C., (2005), *Costruzione di uno strumento rivolto alla famiglia per l'identificazione precoce del DDAI*, in "Disturbi di attenzione e Iperattività", 1, 9-21

ROIA A., LONIARI I. & CAROZZI M., (2008), *Disturbi specifici dell'apprendimento. Autostima e attribuzione in un gruppo di ragazzi che ha seguito un percorso riabilitativo, Dislessia*, in "Giornale italiano di ricerca clinica e applicativa", 1, 19-31

ROSENBERG M., (1979), *Conceiving the self*, Basic Books, New York

ROTTER J.B., (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, in "Psychological Monographs", 80, intero numero 609

ROISEN N.J., BLONDIS T.A., IRWIN M., STEIN, M., (1994), *Adaptive functioning in children with attention deficit hyperactivity disorder*, in "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine", 148, 1137-1142

RUBIA K., OVERMAYER S., TAYLOR E., BRAMMER M., WILLSIMS S.C.R., SIMMONS A., BULLMORE E.T., (1999), *Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher order motor control; A study with functional MRI*, in "American Journal of Psychiatry", 156, 891-896

RUFF H.A., ROTHBART M.K., (1993), *Attention in early development. Themes and variations*, Oxford University Press

RUGGIERO S., RAFANIELLO C., BRAVACCIO C., GRIMALDI G., GRANATO R., PASCOTTO A., SPORTIELLO L., PARRETTA E., RINALDI B., PANEI P., ROSSI F., CAPUANO A., (2012), *Safety of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications in Children: An Intensive Pharmacosurveillance Monitoring Study*, in "Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology", 22(6), 415-422, DOI: 10.1089/cap.2012.0003

SANNIO FANCELLO G. S., VIO C., CIANCHETTI C., (2006), *Test TOL – Torre di Londra. Test di valutazione delle funzioni esecutive*, Erickson, Trento

SATIR V., (1972); *Peoplemaking*, Souvenir Press, London

SAWYER M.G., WHAITES L., REY J.M., (2002), *Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders*, in "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry"; 41, 530-7

SCHACHAR R.J., ICOWICZ A., TANNOCK R., (1996), *PICS-IV: Parent Interview for Child Symptoms*, Toronto Hospital for Sick Children - Dept. Psichiatria

SCHACHAR R.J., TANNOCK R., CUNNINGHAM C., (1996), *Treatment*, in: Sandberg, S. (Ed.) *Hyperactivity Disorder of Childhood*, Cambridge University Press, 433-476

SCHACHAR R.J., TANNOCK R., CUNNINGHAM C, CORKUM P.V., (1997), Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate, in "Journal Academic", 36(6), 754-63.

SCHACHAR R.J., TANNOCK R., (1995), *Test of four hypotheses for the comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and conduct disorder*, in "Journal of the American academy of Child and adolescent Psychiatry, 34, 639-48

SELIGMAN M.E.P., (1975), *Helplessness*, Freeman, San Francisco

SEMRUD-CLICKEMAN M., BIEDERMAN J., SPRICH-BUCKMINSTER S., LEHMAN B.K., et al., (1992), *Comorbidity between ADDH and learning disability: A review and report in a clinically referred sample*, in "Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31, 439-448

SERGEANT J., (2000), *The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder*, in "Neurosci Biobehav Rev.", 24, 7-12

SERGEANT J., (2005), *Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive- energetic model*, in "Biol Psychiatry", 57, 1248-55

SERGEANT J., & VAN DER MEERE J.J., (1990), *Additive factor method applied to psychopathology with special reference to childhood hyperactivity*, in "Acta Psychologica", vol. 74, 277-296

SERGEANT J., OOSTERLAAN J. & VAN DER MEERE J.J., (1999), *Information processing and energeting factors in attention-deficit/hyperactivity disorder*, in Quay H.C. & Hogan A.E. (a cura di), *Handbook of disruptive behavior disorder*, Kluwer academic/Plenum, New York, 75-104

SCHERIANI C., (2007), *Bambini sopra le righe. Bambini affetti da ADHD*, Armando, Roma

SELIGMAN M.E.P., (1976), *Learned Helplessness and depression in animals and Men*, General Learning Press, Morristown (N.J.)

SHALLICE, T., (1982), *Specific impairments of planning*. In "Philosophical Transactions of the Royal Society of London", Part. B, 298, 199-209

SLOMKOWSKI C, KLEIN RG, MANNUZZA S., *Is self-esteem an important outcome in hyperactive children*, J Abnorm Child Psychol 1995; 23: 303-15

SOLANTO M.V., ABIKOFF H., SONUGA-BARKE E., SCHACHAR R., LOGAN G.D., WIGAL T., HECHTMAN L., HINSHAW S., TURKEL E., (2001),

The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AD/HD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD/HD, in "J Abnorm Child Psychol", 29(3), 215–228

SONUGA-BARKE E.J.S., (1995), *Debate and argument: When "impulsiveness" is delay aversion – A reply to Schweitzer and Sulzer-Azaroff*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 33, 1023-1025

SONUGA-BARKE E.J.S., BRANDEIS D., CORTESE S., DALEY D., FERRIN M., HOLTSMANN M., STEVENSON J., et al., (2013), *Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatment*, in "The American Journal of Psychiatry" 170, n. 3, 275–89, doi:10.1176/appi.ajp.2012.12070991

SONUGA-BARKE E.J.S., TAYLOR E., SEMBI S., SMITH J., (1992), *Hyperactivity and delay aversion. I: The effect of delay on choice*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 33, 378-398

SKABAR A., 2015, *L'ADHD al passaggio d'età*, DdAI, Disturbi di attenzione e Iperattività, vol. 10, pp. 235-239

SKABAR A., 2012, *ADHD che cosa è. Che cosa non è*, in <http://prezi.com/ktu97brvdszm/adhd-che-cose-cosa-non-e/>

SKABAR A., 2009, *Non solo ADHD... Medico e Bambino pagine elettroniche*, 12(5) http://www.medicoebambino.com/?id=IND0905_30.html

SREBNICKI T., KOLAKOWSKI A., WOLANCZYK T., 2015, *Esiti in adolescenza del bambino con ADHD in contesti di cura non residenziali: stabilità della diagnosi*, DdAI, Disturbi di attenzione e Iperattività, vol. 10, pp. 147-158

STEIN M.A., SZUMOWSKI E., BLONDIT.A., ROIZEN N.J., (1995), *Adaptive skills dysfunction in ADD and ADHD*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 36, 663-670

STILL G.F. (1902); *The Coulstonian Lectures on some abnormal physical conditions in children*, Lancet n. 1, pag. 1077-1082

STIPEK D.J. & GRALINSKI J.H., (1991), *Gender differences in children's achievement-related beliefs and emotional responses to success and failure in mathematics*, in "Journal of Educational Psychology", 83, 3, 361-371

STROCCHI M.C., (2011), *Promuovere relazioni positive in classe*, Erickson, Trento

STROOP R.J., (1935), *Studies of interference inn serial verbal reactions*, in "Journal of Experimental Psychology", 18, 643-662

SWANSON J.C., *The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale*, in https://www.tn.gov/assets/entities/behavioral-health/attachments/Pages_from_CY_BPGs_454-463.pdf

SWANSON J.C., CASTELLANOS F.X., (2002), *Biological basis of ADHD; Neuroanatomy, genetics and pathophysilogy*, in Jensen P.S., Cooper J.R., a cura di, *Attention-deficit hyperactivity disorder; State of the science, best practices*, Cvic Research Institute, Kingston, NJ, pp.717-720

TADDEI S., DI PIERRO P., (2015), *L'uso clinico del Cognitive Assessment System*, Raffaello Cortina editore, Milano

TABASSAM W., GRAINGER J., (2002), *Self-concept, attributional Style and Self-efficacy Belief of Student with learning disabilities with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, in "Learning Disability Quarterly, 25 n.2, 141-51

TAYLOR E., DÖPFNER M., SERGEANT J., ASHERSON P., B ANASCHEWSKI T., BUITELAAR J., COGHILL D., DANCKAERTS M., ROTHENBERGER A., SONUGA-BARKE E., STEINHAUSEN H.C., ZUDDAS A., (2004), *European clinical guidelines, for hyperkinetic disorder – first upgrade*, in "European Child & Adolescent Psychiatry", 13, Supplement 1, 7-30

TETLOCK P.E., LEVI A., (1982), *Attribution bias: on the inconclusiveness of the cognition-motivation debate*, in "Journal of Experimental Social Psychology", 18, 68-88; reprinted in Aronson E., & Pratkanis A., (1991), *International library of Critical Readings in Psychology*, Elgar Publishing Co., London

TREUER T., SHUR-FEN GAU S., MÉNDEZ L., MONTGOMERY W., MONK J.A., ALTIN M., WU S., CHAUCER C. H. LIN, E DUEÑAS H.J., (2013), *A Systematic Review of Combination Therapy with Stimulants and Atomoxetine for Attention-Deficit/hyperactivity Disorder, Including Patient Characteristics, Treatment Strategies, Effectiveness, and Tolerability*, in "Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology", 23(3), 179–93, doi:10.1089/cap.2012.0093

TREUTING J.J., HINSHAW S.P., (2001), *Depression and self-esteem in boys with attention- deficit/hyperactivity disorder: associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms*, in "Abnorm Child Psychol", 1(29), 23-39

VENTURINI R., LOMBRADO RADICE M., IMPERIALI M.G., (1983), *Il Color-Word Test*, Giunti O. S., Firenze

VERMIGLI P. et al. (2002); *ACCESS: analisi degli indicatori cognitivo emozionali del successo scolastico*, Trento, Centro Studi Erickson

VIO C., MARZOCCHI G. M., OFFREDI F., (1999), *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Erickson, Trento

VIO C., LO PRESTI G., (2014), *Diagnosi dei disturbi evolutivi: modelli, criteri, diagnosi e casi clinici*, Erickson, Trento

VIO C., OFFREDI F. & MARZOCCHI G.M. (1999). *Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, in "Psicologia Clinica dello Sviluppo", 3(2), 241-262

VIO C., TOSO C. & SPAGNOLETTI M.S., (2015) *L'intervento psicoeducativo nei disturbi dello sviluppo*, Carocci Faber, Roma

VULCANI M., (2012), *Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività. Effetti sulla percezione di sé e sulla relazione con gli altri*, Tesi di dottorato, Università degli Studi di Trieste, in <https://www.openstarts.units.it/dspace/bitstream/10077/7450/1/TesiVulcani.pdf>

WHALEN C.K., HENKER B., (1991), *Therapies for hyperactive children: comparisons, combinations and compromises*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 59, 126-137

WARD M.F., WENDER P.H., REIMHERR F.W., (1993), *The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder*, in "Am J Psychiatry", 150(6), 885-90

WEBSTER-STRATTON C., (1996), *Early intervention with videotape modeling: Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder*, in Hibbs E. & Jensen P., (a cura di), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*, APA, New York, pp. 435-474

WECHSLER D.W., (2012), edizione italiana curata da Orsini A. e Picone L., *WISCH-IV*, Giunti O.S., Firenze

WECHSLER D.W., (1991), *Wechsler intelligence scale for children—Third edition*, The Psychological Corporation, San Antonio, TX; edizione italiana curata da Orsini A. e Picone L., (2006), *WISCH-III*, Giunti O.S., Firenze

WEINER B., (1985), *An attributional theory of achievement motivation and emotion*, in "Psychological Review", 92(4), 548-573

WEINER B., FRIEZE I.H., KUKLA A., REED L., REST S., RESEMBAUM R.M., (1971), *Perceiving the causes of success and failure*, General Learning Press, New York

WEINER B., RUSSEL D., & LERMAN D., (1979), *The cognition-emotion process in achievement-related context*, in "Journal of Personality and Social psychology", 37, 1211-1220

WILLCUTT E.G., PENNINGTON B.F., (2000), *Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype*, in "Journal of Learning Disabilities", 33, 179-191

WILLCUTT E.G., PENNINGTON B.F., BOADA R., OGLINE J.S., TUNICK R.A., CHHABILDAS N. et al., (2001), *A comparison of the cognitive deficits in reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder*, in "Journal of abnormal Psychology", 110, 157-172

WILLCUTT E.G., PENNINGTON B.F., OLSON L.K., CHHABILDAS N., HULSLANDER J., (2005), *Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: in search of the commom deficit*, in "Dev. Neuropsychology", 27(1), 35-78

WOOD A.C., NEALE M.C., (2010), *Twin studies and their implications for molecular genetics studies; Endophenotypes integrate quantitative and molecular genetics in ADHD research*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 49, 874-883

WOOD A.C., ASHERSON P., VAN DER MEERE J.J., KUNTSI J., (2009), *Separation of genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder symptoms and reaction time performance from those on IQ*, in "Psychological Medecine", 40, 1-11

WOODWARD L., DOWNEY L., TAYLOR E., (1997), *Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity: a research note*, in "Journal of Child Psychology and Psychiatry", 38, 479-485

YALOM & LESZEZ, (2009), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino

ZENTALL S. S., (1993), *Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder*, in "Exceptional Children", 60, 143-153

ZIEGLER A., KONIG I.R., DEIMEL W., PLUME E., NOTHEN M.M., PROPPING P., SCHULTE-KORNE G., (2005), *Developmental dyslexia-recurrence risk estimates from a german bi-center study using the single proband sib pair design*, in "Human Heredity", 59(3), 136-143

ZOEGA H., VALDIMARSDOTTIR U. A., HERNANDEZ-DIAZ V. & S., (2012), *Age, academic performance, and stimulant prescribing for ADHD: a nationwide cohort study*, in "Pediatrics, official journal of the American Academy of Pediatrics", 2012; 130; 1012

ZUDDAS, A., LECCA L., PUDDU C., (2008), *Neurobiologia dell'ADHD*, in Campolongo F., *La testa altrove. Indagine sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività ADHD, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, IPRASE del Trentino, Trento, 43-62

ZUDDAS A., MARZOCCHI G.M., OOSTERLAAN J., CAVOLINA P., ANCILLETTA B., SERGEANT J.A., (2006), *Factor structure and cultural aspects of Disruptive Behaviour Disorders symptoms in Italian children*, in "European Psychiatry", 21, 410-8

ZUDDAS A., MASI G. a c. di, (2002), *Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva, approvazione del 24/06/2002 dal Consiglio direttivo della S.I.N.P.I.A., Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, in <http://www.aifa.it/lineeguida.htm#1>

SITOGRAFIA (ultime consultazioni febbraio 2017)

<http://adhd.marionegri.it/>

<http://www.adhdeurope.eu/>

www.add-toronto.org

<http://www.adhdeurope.eu/>

www.aidai.org

www.aidaiassociazione.com

www.aifa.it

<http://www.aifaonlus.it>

www.airipa.it

<http://www.caddac.ca/cms/page.php?2>

<http://www.chadd.org/>

<https://controversiaadhd.wordpress.com/tag/epidemiologia/>

<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/prevalence.html>

www.educazione-emotiva.it

www.gladhd.com

www.iss.it/adhd

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG72>

<http://noi-italia.istat.it>

<http://unica2.unica.it/neuroscienze/pdf/ADHD/workshop/note%20lectures/bonati.pdf>

www.sinpia.eu

<https://www.webcounseling.it/medea1/>

Allegato 2: questionario anamnestico

Questionario anamnestico sulla situazione dell'alunno

1	Data di compilazione		
2	Codice identificativo		
3	Genere	M	F
4	Età (mese e anno di nascita)		
5	Cittadinanza italiana Cittadinanza:	Sì	No
6	Adottato/a	Sì	No
7	ADHD -I	Sì	No
8	ADHD -D	Sì	No
9	Livello cognitivo		
10	Disturbo oppositivo provocatorio	Sì	No
11	Disturbo della condotta	Sì	No
12	DSA Legge 170	Sì	No
13	Altri problemi di apprendimento (legge 104)	Sì	No
14	Terapia farmacologica psicostimolanti	Sì	No
15	Terapia farmacologica altro	Sì	No
16	Intervento metacognitivo	Sì	No
17	Altro intervento psicoterapeutico	Sì	No
18	Parent training	Sì	No
19	Terapia familiare	Sì	No
20	Classe frequentata Scuola primaria Suola secondaria di 1° <input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> TNormale <input type="checkbox"/> Tempo Lungo <input type="checkbox"/> TCorto	
21	Bocciature Quante Quando	Sì	No
22	Giorni di assenza anno scolastico precedente		
23	PDP	Sì	No
24	Intervento di sostegno ore	Sì	No
25	Intervento educativo a scuola ore ... su totale di ... ore	Sì	No
26	Intervento educativo extrascolastico Ore.... su totale di ... ore	Sì	No
27	Orientamento post III media		
28	Iscrizione post III media		
29	Famiglia	Nucleare	
		Monoparentale	
		Coppia separata non ricomposta	
		Coppia separata ricomposta	
30	Madre età		
31	Madre madrelingua		
32	Madre titolo di studio	Non scolarizzazione	
		Elementare	
		Media	
		Diploma	
		Laurea	
33	Madre professione	Libera professionista, prof. Univ., imprenditrice	
		Insegnante /	

		dipendente laureata	
		Impiegata e dipendente con titolo medio basso	
		Operaia / lavoratrice a bassa qualificazione	
		Pensionata	
		Disoccupata / lavor. saltuari	
		Casalinga	
34	Padre età		
35	Padre madrelingua		
36	Padre titolo di studio	Non scolarizzazione	
		Elementare	
		Media	
		Diploma	
		Laurea	
37	Padre professione	Libero professionista, prof. Univ., imprenditore	
		Insegnante / dipendente laureato	
		Impiegato / dipendente con titolo medio basso	
		Operaio / lavoratore a bassa qualificazione	
		Pensionato	
		Disoccupato / lavor. saltuari	
		Casalingo	

Allegato 3: tabella mediatori protettivi e di rischio

ELEMENTI PROTETTIVI E DI RISCHIO

FATTORI PROTETTIVI	MEDIATORI DI RISCHIO
Soggetto	
<ul style="list-style-type: none">• interventi farmacologici• interventi comportamentali• PDP, Piano Didattico Personalizzato	<ul style="list-style-type: none">• quadro clinico polisintomatico: comorbilità con DOP, DC, DSA• livello cognitivo• bassa/scarsa autostima• sistema attributivo esterno (locus of control esterno)
Ambito genitoriale	
<ul style="list-style-type: none">• ruolo attivo dei genitori ed autoefficacia educativa	<ul style="list-style-type: none">• contributo ereditario, genitore con presenza di disturbi associati all'ADHD• livello socio-economico• livello culturale

Allegato 4: test TMA (Braken, 1993)

TMA

Cognome e Nome

Scuola

Sesso

Classe

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Leggete le seguenti affermazioni e date una delle quattro risposte possibili a seconda di quanto credete che siano «vere» per voi. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma è importante valutare ogni affermazione sulla base delle sensazioni che provoca in voi. Rispondete con sincerità. Per dare le risposte, basta sbarrare la casella posta sotto la frase che, di volta in volta, corrisponde ai sentimenti che l'affermazione suscita in voi. A ogni affermazione si può rispondere:

**Assolutamente
vero**

Vero

**Non
è
vero**

**Non è
assolutamente
vero**

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
1. Di solito con me ci si diverte molto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La gente non sembra molto interessata a parlare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sono troppo timido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Piaccio alla maggior parte della gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gli altri mi evitano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Molte persone si burlano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Non sono accettato da coloro che mi conoscono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La maggior parte della gente mi trova interessante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alla gente piace stare con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il più delle volte mi sento ignorato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi sento ammirato dalle persone dell'altro sesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nessuno ride quando racconto barzellette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La maggior parte della gente mi apprezza così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spesso mi sento lasciato fuori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La gente dice bugie sul mio conto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ho molti amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Passo molto tempo sentendomi solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Non sono mai sicuro di cosa fare quando mi trovo con persone che non conosco bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gli altri mi dicono i loro segreti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La gente se la prende con me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ho l'impressione che gli altri non si accorgano di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ricevo molte telefonate dagli amici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Molte persone hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Permetto agli altri di approfittarsi di me in maniera eccessiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bisogna che gli altri mi conoscano prima che io possa piacere loro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
26. Sono onesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Troppo spesso dico qualcosa di sbagliato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sono troppo pigro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ho un buon senso dell'umorismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sono sostanzialmente un debole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sento che la maggior parte della gente mi rispetta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Non sono molto bravo nel dire come la penso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. So far valere le mie ragioni quando è necessario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sono sfortunato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ho fiducia in me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Non mi sembra di avere alcun controllo sulla mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Spesso rimando cose importanti da fare finché è troppo tardi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Do alla gente buoni motivi per fidarsi di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Non sono bravo come dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Non riesco a stare tranquillo quando dovrei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ho successo in quasi tutto quel che faccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Riesco a gestire le mie cose con senso di responsabilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Manco di buonsenso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sembra che io sia sempre nei guai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Riesco a fare piuttosto bene la maggior parte delle cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Non sono molto intelligente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Per molti aspetti sono un vigliacco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Gli altri credono che diventerò qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Troppo spesso faccio stupidaggini senza pensare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Butto via i soldi in modo stupido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
51. Mi piace la vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ho paura di molte cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ci sono molte cose che vorrei cambiare di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Non riesco a prendermi in giro molto facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Non sono una persona felice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Sono orgoglioso di me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Mi sento un fallimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. La mia vita è scoraggiante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Sono contento di me così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Sono troppo emotivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ho un buon autocontrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Spesso deludo me stesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. La mia vita è instabile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Guardo la vita da una prospettiva positiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Spesso sono confuso riguardo ai miei sentimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Qualche volta mi sembra di non valere nulla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Spesso mi vergogno delle cose che ho fatto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Spesso mi sento indifeso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Mi sento amato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Vorrei essere qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Mi sento insicuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Sono una brava persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Non sono felice come sembro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Di solito sono molto rilassato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. A volte non mi piaccio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
76. I compagni in genere apprezzano le mie idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Spesso mi sento impreparato per la lezione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Sono bravo in matematica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Studiare è difficile per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. In genere vado bene alle prove.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Sono fiero del mio lavoro scolastico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Riesco a scrivere meglio della maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Leggo bene quanto la maggior parte dei ragazzi della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Non sono capace di pensare molto in fretta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Mi impegno più della maggior parte dei miei compagni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Non capisco molto quel che leggo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Imparo con facilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Pare che io non abbia mai buone idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Gli insegnanti apprezzano il mio comportamento in classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Spesso mi sento tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Piaccio alla maggior parte dei miei insegnanti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Non sono molto capace di organizzare il mio studio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Le scienze sono facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. A scuola mi sento a disagio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Di solito studio sodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. La maggior parte della gente preferisce lavorare con me piuttosto che con chiunque altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. I miei insegnanti hanno una scarsa opinione di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. La maggior parte delle materie sono piuttosto facili per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Non sono molto creativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. In genere sono soddisfatto dei miei compiti scritti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
101. I miei genitori si preoccupano della mia felicità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. La mia famiglia mi fa sentire amato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. La mia famiglia rovina tutto quello che faccio o che vorrei fare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Nella mia famiglia ci prendiamo cura l'uno dell'altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Mi sento apprezzato dalla mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Mi diverto con la mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Vorrei cambiare la mia famiglia con quella di qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. I miei genitori si interessano a me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. I miei genitori non hanno fiducia in me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. La mia casa è calda e accogliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Ai miei genitori non piace avermi intorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. I miei genitori mi aiutano quando ne ho bisogno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Sono un membro importante della mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. I miei genitori sono orgogliosi di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. La mia famiglia non ha niente di buono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Nulla di ciò che faccio sembra far piacere ai miei genitori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. I miei genitori sono sempre presenti quando partecipo a gare (o altre occasioni) importanti per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. I miei genitori credono in me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Sono fiero della mia famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. I miei genitori si prendono cura della mia educazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. La mia famiglia è una delle cose più importanti della mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. I miei genitori mi amano così come sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Non so perché la mia famiglia sta insieme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. I miei genitori pensano al mio futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. La mia casa non è un luogo felice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
126. Mi sento bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Sono attraente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Non sono in forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. Quando mi guardo allo specchio, mi piace quello che vedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Mi stanco in fretta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Ho bei denti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Mi sento a posto indipendentemente dal modo in cui mi vesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Sono brutto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Sono più forte della maggior parte delle persone della mia età.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Ho una bella figura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Sto bene di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Mi piace il mio aspetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Riesco bene nella maggior parte degli sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Non mi piace il modo in cui mi stanno gli abiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Normalmente vengo scelto tra gli ultimi per i giochi di squadra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Sono fisicamente prestante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142. I miei capelli non hanno mai un bell'aspetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. La mia pelle è attraente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Non mi piace essere visto/a in costume da bagno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Cerco di non far notare agli altri alcune parti del mio corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. I vestiti fanno bella figura su di me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. Pare che io non abbia l'energia per fare grandi cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. Il mio peso è proprio quello giusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Cambierei il mio aspetto se potessi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Ho un aspetto grazioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Ieri era il compleanno di un tuo parente e te ne sei ricordato. Come è successo questo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> per caso | <input type="checkbox"/> era facile |
| <input type="checkbox"/> ho una buona memoria | <input type="checkbox"/> me lo hanno ricordato |
| <input type="checkbox"/> ho fatto il possibile per ricordare | |

2. Hai svolto un esercizio a casa e hai fatto molti errori. Come mai?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato | <input type="checkbox"/> sono sfortunato |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> non sono bravo |
| <input type="checkbox"/> era difficile | |

3. Giochi a carte con i tuoi amici e vinci. Perché ti succede questo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sono fortunato | <input type="checkbox"/> sono bravo |
| <input type="checkbox"/> è facile | <input type="checkbox"/> mi sono impegnato |
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | |

4. Devi presentare la tua relazione su un libro che hai letto. Lo fai in modo chiaro e preciso e tutti ti seguono con interesse. Perché?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> era facile | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> sono bravo | <input type="checkbox"/> mi sono impegnato |
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | |

5. Rientrando a casa sei testimone di un incidente stradale. Qualche giorno dopo la polizia ti chiede di riferire alcuni particolari, ma tu non ricordi bene. Perché?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> è difficile ricordare i dettagli | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> non ho fatto nulla per ricordare |
| <input type="checkbox"/> non sono bravo nel ricordare i particolari | |

6. Ti hanno regalato un attrezzo complicato e non sei riuscito a capirlo e utilizzarlo. Perché?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> era difficile | <input type="checkbox"/> non sono abile |
| <input type="checkbox"/> non mi hanno aiutato | <input type="checkbox"/> non mi sono concentrato |
| <input type="checkbox"/> sono sfortunato | |

7. In una discussione durante una lezione il tuo intervento è stato molto apprezzato. Perché?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> per caso | <input type="checkbox"/> sono bravo |
| <input type="checkbox"/> mi sono impegnato | <input type="checkbox"/> era facile |
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | |

8. Un tuo amico ti chiede di aiutarlo a preparare la sua festa di compleanno. Grazie al tuo contributo la festa riesce bene. Qual è il motivo della riuscita?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> sono bravo | <input type="checkbox"/> ce l'ho messa tutta |
| <input type="checkbox"/> non era difficile | |
-

9. Guardando alla TV un gioco a quiz hai provato a rispondere alle domande proposte ai concorrenti, ma hai commesso molti errori. Perché?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> era difficile | <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> sono sfortunato |
| <input type="checkbox"/> non sono bravo | |

10. Devi telefonare a qualcuno di cui ti hanno appena detto il numero di telefono. Sollevi l'apparecchio e componi perfettamente il numero. Come mai?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sono bravo | <input type="checkbox"/> era facile |
| <input type="checkbox"/> me l'hanno ripetuto | <input type="checkbox"/> sono stato attento |
| <input type="checkbox"/> per caso | |

11. Ti viene richiesto di risolvere un esercizio alla lavagna, ma tu fai scena muta. Come mai?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non sono stato capace | <input type="checkbox"/> era difficile |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> sono sfortunato |
| <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato | |

12. Devi uscire per comperare alcune cose: il pane, il latte, il giornale, un *compact-disc*, dell'aspirina. Quando rientri ti accorgi di averne dimenticata una. Perché?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non ho fatto abbastanza per ricordare | <input type="checkbox"/> non sono bravo |
| <input type="checkbox"/> c'erano troppe cose da ricordare | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | |

13. Devi valutare se ti conviene comperare un vestito ai grandi magazzini o al mercato. Il giorno dopo ti rendi conto di aver fatto male i conti. Perché?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> non sono bravo | <input type="checkbox"/> era difficile |
| <input type="checkbox"/> non ci ho messo abbastanza impegno | <input type="checkbox"/> per sfortuna |
| <input type="checkbox"/> non mi hanno consigliato bene | |

14. Ti presentano un ragazzo. Dopo una settimana lo incontri di nuovo ma non ricordi più il suo nome. Come mai?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> era un nome difficile | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> non ho memoria | <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato |
| <input type="checkbox"/> non ho prestato attenzione | |

15. Ad una interrogazione il professore ti valuta molto positivamente. Come mai?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> avevo studiato | <input type="checkbox"/> sono bravo |
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> era facile |
| <input type="checkbox"/> sono stato fortunato | |

16. In una riunione tra amici discutete di un argomento appassionante. Il tuo intervento è molto apprezzato. Perché?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> per caso | <input type="checkbox"/> so cavarmela |
| <input type="checkbox"/> ce l'ho messa tutta | <input type="checkbox"/> mi hanno aiutato |
| <input type="checkbox"/> era facile | |
-

17. Per strada assisti ad una discussione tra tre persone che non conosci. Qualche giorno dopo le incontri di nuovo durante una passeggiata e riesci a riconoscerle. Come mai?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ho memoria per i volti | <input type="checkbox"/> è facile |
| <input type="checkbox"/> li ho osservati con attenzione | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | |

18. Ti assegnano un esercizio di lingua straniera e commetti molti errori. Come mai?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> era difficile |
| <input type="checkbox"/> non sono portato per le lingue | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato a sufficienza | |

19. Qualche tempo fa hai visto un film. Un amico ti chiede di parlargli dei protagonisti e della trama, ma tu non ricordi bene. Perché?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> non avevo fatto nulla per ricordare | <input type="checkbox"/> era complesso |
| <input type="checkbox"/> non mi hanno aiutato | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> non ho memoria per queste cose | |

20. Nel giornalino che leggi di solito c'è un cruciverba. Tu lo completi tutto correttamente. Perché è successo questo?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> era facile | <input type="checkbox"/> mi sono concentrato |
| <input type="checkbox"/> sono bravo | <input type="checkbox"/> sono stato aiutato |
| <input type="checkbox"/> per caso | |

21. Ascolti il telegiornale all'ora di pranzo, poi, nel pomeriggio, parlando con tuo padre, gli riferisci tutte le notizie che hai sentito, fornendo particolari, nomi e cifre. Come mai?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> sono bravo |
| <input type="checkbox"/> era facile | <input type="checkbox"/> per caso |
| <input type="checkbox"/> mi sono impegnato per ricordare | |

22. Per casa dovevi riassumere un capitolo di storia, ma non sei riuscito a fare un buon lavoro. Perché?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sono stato sfortunato | <input type="checkbox"/> era difficile |
| <input type="checkbox"/> non sono capace | <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato |
| <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato abbastanza | |

23. Ti trovi in una sala giochi con i tuoi amici. Decidete di fare una gara con un *video-game*. Alla fine il tuo punteggio è uno tra i più bassi. Come mai è successo questo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sono sfortunato | <input type="checkbox"/> non sono bravo |
| <input type="checkbox"/> non sono stato aiutato | <input type="checkbox"/> era difficile |
| <input type="checkbox"/> non mi sono impegnato abbastanza | |

24. In un compito di matematica hai eseguito tutti gli esercizi correttamente. Perché è successo questo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sono stato fortunato | <input type="checkbox"/> era facile |
| <input type="checkbox"/> ce l'ho messa tutta | <input type="checkbox"/> sono stato aiutato |
| <input type="checkbox"/> sono bravo | |

Allegato 6: questionario Wurs per ADHD (Wender, 1995)

WURS

WENDER UTAH RATING SCALE PER ADHD

CODICE IDENTIFICATIVO: _____
 DATA DI ESECUZIONE: _____
 COMPILATORE: PADRE MADRE

IL PRESENTE QUESTIONARIO LE CHIEDE DI DESCRIVERE VARI ASPETTI TIPICI DEL SUO COMPORTAMENTO QUANDO ERA BAMBINO (TRA I 6 E I 10 ANNI DI ETÀ, ALL'INCIRCA IL PERIODO DELLA SCUOLA ELEMENTARE).

NON ESISTONO RISPOSTE GIUSTE O SBAGLIATE, TANTOMENO UN GIUDIZIO MORALE SULLA PERSONA. CERCHIAMO SOLO DI CAPIRE COME LEI AGIVA O SI SENTIVA DA PICCOLO/A. CERCHI DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE CON ATTENZIONE E LA MASSIMA SINCERITA', METTENDO UNA CROCETTA SULLA CASELLA CHE DESCRIVE MEGLIO LA SUA SITUAZIONE (DA UN MINIMO DI 0= PER NIENTE, A UN MASSIMO DI 4= MOLTISSIMO).

	<u>DA BAMBINO/A IN CHE MISURA ERO (O AVEVO):</u>	Per nulla o pochissimo	Talvolta	Lievemente	Molto	Moltissimo
1	problemi di concentrazione, facilmente distratto/a	0	1	2	3	4
2	ansioso/a, preoccupato/a	0	1	2	3	4
3	nervoso/a, irrequieto/a	0	1	2	3	4
4	disattento/a, sognatore a occhi aperti	0	1	2	3	4
5	temperamento violento, o irascibile, facile all'esplosione	0	1	2	3	4
6	scoppi di rabbia, sfuriate	0	1	2	3	4
7	problemi di continuità (non portare a termine le cose iniziate)	0	1	2	3	4
8	testardo/a, dal carattere forte	0	1	2	3	4
9	triste o malinconico/a, depresso/a	0	1	2	3	4
10	disubbidiente ai genitori, ribelle	0	1	2	3	4
11	una bassa opinione di me stesso/a	0	1	2	3	4
12	irritabile	0	1	2	3	4
13	lunatico/a, con sbalzi di umore	0	1	2	3	4
14	uno/a che si sentiva arrabbiato/a	0	1	2	3	4
15	uno/a che agiva senza riflettere	0	1	2	3	4
16	tendenza all'immaturità	0	1	2	3	4
17	sensi di colpa, pieno/a di rimorso	0	1	2	3	4
18	scarso autocontrollo	0	1	2	3	4
19	comportamenti irrazionali	0	1	2	3	4
20	antipatico/a agli altri bambini, incapace di andare d'accordo e di mantenere le amicizie	0	1	2	3	4
21	difficoltà a vedere le cose dal punto di vista altrui	0	1	2	3	4
	<u>DA BAMBINO/A A SCUOLA AVEVO (O ERO):</u>					
22	problemi con le autorità, frequenti convocazioni dal Direttore scolastico/Preside	0	1	2	3	4
23	uno/a studente/essa scarso/a, lento/a ad apprendere	0	1	2	3	4

24	problemi con la matematica e i numeri	0	1	2	3	4
25	Risultati NON proporzionati alle mie potenzialità	0	1	2	3	4
Ha ripetuto delle classi (indichi quali)?						

PER FAVORE, CONTROLLI DI AVER RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE

Allegato 7: questionario Senso di Competenza genitoriale



Senso di competenza dei genitori

versione per i padri

ISTRUZIONI

Leggere attentamente le 16 affermazioni e riportare il proprio grado di accordo con esse: se si ritiene di essere fortemente in accordo con un'affermazione, apporre una crocetta in corrispondenza della colonna 1, se al contrario si ritiene di essere fortemente in disaccordo con essa, la crocetta va posta in corrispondenza della colonna 6.

- 1 fortemente d'accordo
- 2 d'accordo
- 3 parzialmente d'accordo
- 4 parzialmente in disaccordo
- 5 in disaccordo
- 6 fortemente in disaccordo

Nome del genitore	Nome del bambino	Data						
AFFERMAZIONI			1	2	3	4	5	6
1. (e) I problemi educativi con i figli sono semplici da risolvere una volta che si sappia come le proprie azioni influenzano il/la bambino/a: questa è una regola che ho appreso con l'esperienza.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (s) Il mestiere di genitore è gratificante, pertanto le mie attuali frustrazioni sono temporanee e dipendono dalla particolare età di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. (s) Vado a dormire nello stesso modo in cui mi alzo al mattino: sentendo di non aver portato a termine molte cose.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (s) A volte, anche quando penso di avere il controllo della situazione, mi sento manipolato dai miei familiari.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (s) Mio padre era più preparato di me a essere un buon papà.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (e) Sarei un buon modello per un neogenitore che da me potrebbe imparare alcuni trucchi per essere un buon padre.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (e) Essere genitore è un mestiere semplice e ogni problema è facilmente risolvibile.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (s) Il problema di essere genitori è quello di non sapere se si sta facendo bene o male.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. (s) Come papà, a volte mi sento come se non avessi combinato nulla.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (e) Raggiungo le mie personali aspettative di competenza nella cura e nell'educazione di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. (e) Riesco a trovare le risposte ai problemi di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. (s) Le mie capacità e i miei interessi vengono realizzati in altri campi, non nell'essere genitore.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. (e) Considerando da quanto tempo sono padre, mi sento a mio agio in questo ruolo.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. (s) Se essere padre di un/a bambino/a fosse più interessante, allora sarei più motivato a svolgere un lavoro migliore.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. (e) Sinceramente, penso di avere le abilità necessarie per essere un buon padre per mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. (s) Essere genitore mi rende teso e ansioso.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di soddisfazione <input type="text"/>			Senso di efficacia <input type="text"/>			Totale <input type="text"/>		



Senso di competenza dei genitori

versione per le madri

ISTRUZIONI

Leggere attentamente le 16 affermazioni e riportare il proprio grado di accordo con esse: se si ritiene di essere fortemente in accordo con un'affermazione, apporre una crocetta in corrispondenza della colonna 1, se al contrario si ritiene di essere fortemente in disaccordo con essa, la crocetta va posta in corrispondenza della colonna 6.

- 1 fortemente d'accordo
- 2 d'accordo
- 3 parzialmente d'accordo
- 4 parzialmente in disaccordo
- 5 in disaccordo
- 6 fortemente in disaccordo

Nome del genitore	Nome del bambino	Data						
AFFERMAZIONI			1	2	3	4	5	6
1. (e) I problemi educativi con i figli sono semplici da risolvere una volta che si sappia come le proprie azioni influenzano il/la bambino/a: questa è una regola che ho appreso con l'esperienza.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (s) Il mestiere di genitore è gratificante, pertanto le mie attuali frustrazioni sono temporanee e dipendono dalla particolare età di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. (s) Vado a dormire nello stesso modo in cui mi alzo al mattino: sentendo di non aver portato a termine molte cose.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (s) A volte, anche quando penso di avere il controllo della situazione, mi sento manipolata dai miei familiari.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. (s) Mia madre era più preparata di me a essere una buona mamma.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (e) Sarei un buon modello per un neogenitore che da me potrebbe imparare alcuni trucchi per essere una buona madre.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (e) Essere genitore è un mestiere semplice e ogni problema è facilmente risolvibile.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (s) Il problema di essere genitori è quello di non sapere se si sta facendo bene o male.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. (s) Come mamma, a volte mi sento come se non avessi combinato nulla.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (e) Raggiungo le mie personali aspettative di competenza nella cura e nell'educazione di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. (e) Riesco a trovare le risposte ai problemi di mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. (s) Le mie capacità e i miei interessi vengono realizzati in altri campi, non nell'essere genitore.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. (e) Considerando da quanto tempo sono madre, mi sento a mio agio in questo ruolo.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. (s) Se essere madre di un/a bambino/a fosse più interessante, allora sarei più motivata a svolgere un lavoro migliore.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. (e) Sinceramente, penso di avere le abilità necessarie per essere una buona madre per mio/a figlio/a.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. (s) Essere genitore mi rende tesa e ansiosa.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senso di soddisfazione <input type="checkbox"/> Senso di efficacia <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/>								

Allegato 8: lettera d'invito per partecipazione alla ricerca (gr. clinico)



**UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI TRIESTE**

**Scuola e Corso di
Dottorato in Scienze della
Riproduzione e dello
Sviluppo**



**IRCCS materno infantile
Burlo Garofolo**

Dott.ssa Eugenia Di Barbora
eugeniadibarbora@alice.it

Dott. Aldo Skabar
Aldo.skabar@burlo.trieste.it

STUDIO SU ADHD (Disturbo dell'attenzione-iperattività) E SUCCESSO SCOLASTICO

Gent.mi Genitori,

nell'ambito di un dottorato in Scienze della Riproduzione e dello sviluppo presso l'I.R.C.C.S. Burlo Garofalo stiamo realizzando una ricerca per studiare quali sono gli elementi che aiutano il ragazzo con ADHD ad avere successo a scuola e quali sono gli elementi che, invece, rappresentano un ostacolo. Contiamo, sul vostro aiuto, per misurare il peso degli elementi positivi e di quelli negativi, in modo tale da poter aiutare sempre meglio i ragazzi con ADHD nell'integrazione.

Saranno consegnati due questionari da compilare per i ragazzi e due per i genitori. Si tratta di semplici domande riguardanti l'autostima, il benessere, la motivazione. I questionari rivolti ai ragazzi verranno riproposti a circa nove mesi dalla prima somministrazione.

Per qualsiasi difficoltà nella compilazione saremo a Vostra disposizione.

Se accettate di partecipare allo studio, Vi chiediamo di autorizzarci ad utilizzare le informazioni che ci fornirete in forma anonima, nell'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza (D. L. n. 196 del 30 giugno 2003). Si può esprimere l'autorizzazione compilando e firmando il modulo di consenso informato stampato in ultima pagina.

NB: Vi ricordiamo che in ogni momento è possibile ritirarsi dallo studio e chiedere informazioni sullo stesso.

Grazie per l'attenzione

Dott. Aldo Skabar
Dott.ssa Eugenia Di Barbora

Allegato 9: scheda informativa

SCHEDA INFORMATIVA

Qual è lo scopo di questo studio?

Il progetto di ricerca al quale vi chiediamo di collaborare insieme a vostro/a figlio/a vuole individuare il peso di alcuni mediatori del rischio e fattori protettivi per il successo scolastico di ragazzi con diagnosi di ADHD.

Per ADHD (disturbo dell'attenzione con iperattività) s'intende una situazione in cui il ragazzo è facilmente distraibile e tendenzialmente iperattivo/impulsivo. Ovviamente, non tutti i ragazzi "distratti" e "vivaci" hanno un ADHD. Questo disturbo viene diagnosticato soltanto nei casi in cui il ragazzo, per queste sue caratteristiche, non riesce a far fronte alle richieste della vita di ogni giorno. Tra queste richieste vi sono ovviamente quelle della scuola ed infatti i ragazzi con ADHD incontrano spesso difficoltà nel rendimento scolastico e nelle relazioni con i compagni. Anche tra i ragazzi con ADHD ci sono delle differenze. Alcuni "vanno meglio", altri "vanno peggio", nel senso che alcuni, nonostante le difficoltà, portano a termine gli studi e mantengono una buona opinione di sé mentre altri hanno scarsi risultati, tendono a deprimersi e spesso incorrono in comportamenti sempre meno adeguati.

Sarebbe quindi importante conoscere quali sono le caratteristiche favorevoli (dette anche "fattori protettivi", quelle cioè che "aiutano il ragazzo") e quali sono quelle sfavorevoli (quelle cioè che "peggiorano la situazione").

La ricerca si propone proprio questo:

- 1) individuare, tra tante caratteristiche (personali e ambientali) dei ragazzi con ADHD, quali sono quelle vantaggiose e quelle svantaggiose
- 2) valutare i livelli di autostima dei ragazzi con ADHD e di quelli senza ADHD
- 3) andare a vedere che spiegazione si danno i ragazzi con ADHD e i ragazzi senza ADHD dei loro successi e insuccessi. Infatti successi o insuccessi possono essere interpretati da ciascuna persona come conseguenza di cause interne a sé (l'impegno, l'abilità) o esterne (la difficoltà, la fortuna).

Chi promuove questo studio?

Lo studio è promosso dall'Istituto per l'infanzia I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste nell'ambito del Dottorato di Ricerca in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo dell'Università di Trieste; viene condotto presso il Burlo e vede la collaborazione delle istituzioni scolastiche della Provincia di Trieste.

Perché viene proposto proprio a me?

Perché suo figlio ha un'età compresa tra i 9 e i 14 anni ed è iscritto in una scuola di base della Provincia di Trieste. Il contributo di vostro/a figlio/a ed il vostro di genitori sono fondamentali per permetterci di conoscere meglio le caratteristiche di bambini con l'ADHD.

Cosa mi succede in pratica se partecipo? Se aderisco, in termini di tempo qual è l'impegno?

I ragazzi saranno impegnati con due questionari (TMA e Attribuzione) per circa 40 minuti nella prima somministrazione e altri 40 minuti nella seconda somministrazione che verrà effettuata dopo circa 8-9 mesi. I genitori saranno coinvolti un'unica volta per la compilazione

di due questionari (Questionario sul senso di competenza dei genitori PSOC e scala WURS) con un impegno di circa 10/15 minuti. L'operazione potrà essere espletata direttamente presso l'IRCCS Burlo durante gli incontri periodici.

Quali strumenti verranno utilizzati? In cosa consistono i questionari citati?

I ragazzi saranno invitati a rispondere:

- al TMA, Test multidimensionale dell'autostima (V. Beatrice e B.A. Braken), che valuta la stima di sé di bambini e adolescenti. Il questionario non prevede risposte giuste o sbagliate ma solo la selezione tra 4 possibili risposte (assolutamente vero, vero, non è vero, non è assolutamente vero) da scegliere per ciascuna affermazione.

- al Questionario di attribuzione (R. De Beni, A. Moè,) che valuta il sistema attributivo di uno studente in riferimento alla motivazione e all'apprendimento scolastico. Il questionario presenta attraverso semplici frasi, 12 situazioni di successo e 12 situazioni di insuccesso in cui lo studente potrebbe essersi trovato e, per ciascuna, sono indicate 5 possibili cause attribuibili all'evento. Tra queste il soggetto deve sceglierne 3 (indicando con 1 la causa più importante, con 2 e 3 cause in ordine decrescente).

I genitori saranno invitati a rispondere:

- al Questionario sul senso di competenza dei genitori (Vio et al., Mash e Johnston) che è composto da 16 brevi domande attraverso le quali il genitore esprime il grado di soddisfazione ed efficacia nell'essere padre o madre. La compilazione prevede che il genitore/genitrice riporti il grado di accordo rispetto alle 16 affermazioni riportate (da 1 = fortemente d'accordo a 6 = fortemente in disaccordo).

- alla scala WURS (Wender) che propone 25 domande in cui viene chiesto agli adulti di descrivere gli aspetti tipici del loro comportamento nel periodo compreso tra i 6 e 10 anni, cioè il periodo della scuola elementare/primaria. Ogni domanda offre 5 possibili risposte ed è sufficiente mettere una crocetta sulla casella che descrive meglio la situazione vissuta (da un minimo di 0= per niente, a un massimo di 4= moltissimo).

Quanti altri parteciperanno alla ricerca?

Si prevede di far partecipare alla ricerca circa 30 ragazzi dagli 9 ai 14 anni con ADHD e circa 60 ragazzi, sempre di età compresa tra i 9 e i 14 anni, senza ADHD.

Sono obbligato a partecipare?

La partecipazione alla ricerca da parte delle famiglie e dei ragazzi è assolutamente volontaria e ritirarsi dallo studio non comporta alcun problema.

Vi è anche un interesse economico da parte di chi promuove lo studio?

Non vi è nessun supporto né interesse economico.

Avrò dei benefici se partecipo?

La partecipazione di vostro figlio/vostra figlia a questo progetto darà un importante contributo alla conoscenza delle problematiche dei ragazzi con ADHD.

Come saranno trattate le informazioni che mi riguardano?

Durante l'intero arco della ricerca a ogni ragazzo sarà attribuito un codice. In questo modo

verrà garantito il loro anonimato, come previsto dalle legge. I dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica e utilizzati ai soli scopi previsti dalla ricerca. In caso di produzione di rapporto finale o di pubblicazione relativa ai dati, né l'identità del bambino, né quella della famiglia compariranno, né verranno in alcun modo menzionate.

Se lo desidero, potrò essere informato su imprevisti, novità e risultati?

Sì, in qualsiasi momento.

Per chiarimenti a chi posso rivolgermi?

Potrà rivolgersi:

al Dott. Aldo SKABAR, IRCCS Burlo Garofalo di Trieste; e-mail: aldo.skabar@burlo.trieste.it

alla Dott.ssa Eugenia Di Barbora, dottoranda del progetto di ricerca; e-mail: eugeniadibarbora@alice.it

Posso cambiare idea nel corso dello studio?

Sì, è possibile ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento.

Come devo fare in pratica per aderire a questa proposta di studio?

Per partecipare alla ricerca è sufficiente compilare il modulo di consenso firmato.

Allegato 10: lettera d'invito per partecipazione alla ricerca (gr. controllo)



UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI TRIESTE

Scuola e Corso di
Dottorato in Scienze della
Riproduzione e dello
Sviluppo



IRCCS materno infantile
Burlo Garofolo

Dott.ssa Eugenia Di Barbora
eugeniadibarbora@alice.it

Dott. Aldo Skabar
Aldo.skabar@burlo.trieste.it

STUDIO SU ADHD (Disturbo dell'attenzione-iperattività) E SUCCESSO SCOLASTICO

Gent.mi Genitori,

nell'ambito di un dottorato in Scienze della Riproduzione e dello sviluppo presso l'I.R.C.C.S. Burlo Garofalo stiamo realizzando una ricerca per studiare quali sono gli elementi che aiutano il ragazzo con ADHD ad avere successo a scuola e quali sono gli elementi che, invece, rappresentano un ostacolo. Contiamo, sul vostro aiuto, per misurare il peso degli elementi positivi e di quelli negativi in ragazzi che non hanno questo disturbo, in modo tale da poter aiutare sempre meglio i ragazzi con ADHD nell'integrazione.

Ai genitori verrà consegnato un questionario, mentre ai ragazzi saranno proposti a scuola due questionari. Si tratta di semplici domande riguardanti l'autostima, il benessere, la motivazione. I questionari rivolti ai ragazzi verranno riproposti a distanza di circa nove mesi dalla prima somministrazione.

Per qualsiasi difficoltà nella compilazione saremo a Vostra disposizione.

Se accettate di partecipare allo studio, Vi chiediamo di autorizzarci ad utilizzare le informazioni che ci fornirete in forma anonima, nell'osservanza delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza (D. L. n. 196 del 30 giugno 2003).

Si può esprimere l'autorizzazione compilando e firmando il modulo di consenso informato stampato in ultima pagina.

NB: Vi ricordiamo che in ogni momento è possibile ritirarsi dallo studio e chiedere informazioni sullo stesso.

Grazie per l'attenzione

Dott. Aldo Skabar
Dott.ssa Eugenia Di Barbora

Allegato 11: scheda informativa

SCHEMA INFORMATIVA (GRUPPO CONTROLLO)

Qual è lo scopo di questo studio?

Il progetto di ricerca al quale vi chiediamo di collaborare insieme a vostro/a figlio/a vuole individuare il peso di alcuni mediatori del rischio e fattori protettivi per il successo scolastico di ragazzi con diagnosi di ADHD.

Per ADHD (disturbo dell'attenzione con iperattività) s'intende una situazione in cui il ragazzo è facilmente distraibile e tendenzialmente iperattivo/impulsivo. Ovviamente, non tutti i ragazzi "distratti" e "vivaci" hanno un ADHD. Questo disturbo viene diagnosticato soltanto nei casi in cui il ragazzo, per queste sue caratteristiche, non riesce a far fronte alle richieste della vita di ogni giorno. Tra queste richieste vi sono ovviamente quelle della scuola ed infatti i ragazzi con ADHD incontrano spesso difficoltà nel rendimento scolastico e nelle relazioni con i compagni. Anche tra i ragazzi con ADHD ci sono delle differenze. Alcuni "vanno meglio", altri "vanno peggio", nel senso che alcuni, nonostante le difficoltà, portano a termine gli studi e mantengono una buona opinione di sé mentre altri hanno scarsi risultati, tendono a deprimersi e spesso incorrono in comportamenti sempre meno adeguati. Sarebbe quindi importante conoscere quali sono le caratteristiche favorevoli (dette anche "fattori protettivi", quelle cioè che "aiutano il ragazzo") e quali sono quelle sfavorevoli (quelle cioè che "peggiorano la situazione").

La ricerca si propone proprio questo:

1) individuare, tra tante caratteristiche (personali e ambientali) dei ragazzi con ADHD, quali sono quelle vantaggiose e quelle svantaggiose

2) valutare i livelli di autostima dei ragazzi con ADHD e di quelli senza ADHD

3) andare a vedere che spiegazione si danno i ragazzi con ADHD e i ragazzi senza ADHD dei loro successi e insuccessi. Infatti successi o insuccessi possono essere interpretati da ciascuna persona come conseguenza di cause interne a sé (l'impegno, l'abilità) o esterne (la difficoltà, la fortuna).

Chi promuove questo studio?

Lo studio è promosso dall'Istituto per l'infanzia I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste nell'ambito del Dottorato di Ricerca in Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo dell'Università di Trieste; viene condotto presso il Burlo e vede la collaborazione delle istituzioni scolastiche della Provincia di Trieste.

Perché viene proposto proprio a me?

Perché suo/a figlio/a ha un'età compresa tra i 9 e i 14 anni ed è iscritto in una scuola di base della Provincia di Trieste. Il contributo di vostro/a figlio/a ed il vostro di genitori sono necessari per capire come vanno le cose nei ragazzi che non soffrono di ADHD. Ciò ci aiuterà a dare il giusto peso ai risultati che otterremo dal gruppo con l'ADHD.

Cosa mi succede in pratica se partecipo? Se aderisco, in termini di tempo qual è l'impegno?

I ragazzi saranno impegnati a scuola con due questionari (TMA e Attribuzione) per circa 40 minuti nella prima somministrazione e altri 40 minuti nella seconda somministrazione che verrà effettuata dopo circa 8-9 mesi. I genitori saranno coinvolti un'unica volta per la

compilazione del questionario (*Questionario sul senso di competenza dei genitori PSOC*), con un impegno di circa 10 minuti. Il questionario sarà consegnato in forma cartacea al/alla figlio/a che lo porterà a casa; dopo la compilazione sarà sufficiente riportarlo a scuola dove la dottoranda provvederà a raccogliere complessivamente i fogli resi.

Quali strumenti verranno utilizzati? In cosa consistono i questionari citati?

I ragazzi saranno invitati a rispondere:

- al TMA, Test multidimensionale dell'autostima (V. Beatrice e B.A. Braken), che valuta la stima di sé di bambini e adolescenti. Il questionario non prevede risposte giuste o sbagliate ma solo la selezione tra 4 possibili risposte (assolutamente vero, vero, non è vero, non è assolutamente vero) da scegliere per ciascuna affermazione.

- al Questionario di attribuzione (R. De Beni, A. Moè,) che valuta il sistema attributivo di uno studente in riferimento alla motivazione e all'apprendimento scolastico. Il questionario presenta attraverso semplici frasi, 12 situazioni di successo e 12 situazioni di insuccesso in cui lo studente potrebbe essersi trovato e, per ciascuna, sono indicate 5 possibili cause attribuibili all'evento. Tra queste il soggetto deve sceglierne 3 (indicando con 1 la causa più importante, con 2 e 3 cause in ordine decrescente).

I genitori saranno invitati a rispondere:

- al Questionario sul senso di competenza dei genitori (Vio et al., Mash e Johnston) che è composto da 16 brevi domande attraverso le quali il genitore esprime il grado di soddisfazione ed efficacia nell'essere padre o madre. La compilazione prevede che il genitore/genitrice riporti il grado di accordo rispetto alle 16 affermazioni riportate (da 1 = fortemente d'accordo a 6 = fortemente in disaccordo).

Quanti altri parteciperanno alla ricerca?

Si prevede di far partecipare alla ricerca circa 30 ragazzi dagli 9 ai 14 anni con ADHD e circa 60 ragazzi, sempre di età compresa tra i 9 e i 14 anni, senza ADHD.

Sono obbligato a partecipare?

La partecipazione alla ricerca da parte delle famiglie e dei ragazzi è assolutamente volontaria e ritirarsi dallo studio non comporta alcun problema.

Vi è anche un interesse economico da parte di chi promuove lo studio?

Non vi è nessun supporto né interesse economico.

Avrò dei benefici se partecipo?

La partecipazione di vostro figlio/vostra figlia a questo progetto darà un importante contributo alla conoscenza delle problematiche dei ragazzi con ADHD.

Come saranno trattate le informazioni che mi riguardano?

Durante l'intero arco della ricerca a ogni ragazzo sarà attribuito un codice. In questo modo verrà garantito il loro anonimato, come previsto dalle legge. I dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica e utilizzati ai soli scopi previsti dalla ricerca. In caso di produzione di rapporto finale o di pubblicazione relativa ai dati, né l'identità del bambino, né quella della famiglia compariranno, né verranno in alcun modo menzionate.

Se lo desidero, potrò essere informato su imprevisti, novità e risultati?

Sì, in qualsiasi momento.

Per chiarimenti a chi posso rivolgermi?

Potrà rivolgersi:

al Dott. Aldo SKABAR, IRCCS Burlo Garofalo di Trieste; e-mail: aldo.skabar@burlo.trieste.it
e

alla Dott.ssa Eugenia Di Barbora, dottoranda del progetto di ricerca; e-mail: eugeniadibarbora@alice.it

Posso cambiare idea nel corso dello studio?

Sì, è possibile ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento.

Come devo fare in pratica per aderire a questa proposta di studio?

Per partecipare alla ricerca è sufficiente compilare il modulo di consenso firmato.

Allegato 12: consenso informato

CONSENSO INFORMATO

PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA: "ADHD e successo scolastico"
RESPONSABILE/TUTOR: dott. Aldo Skabar (SC di Neuropsichiatria
Infantile)
DOTTORANDA: dott.ssa Eugenia Di Barbora

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
...../...../.....

data di nascita cognome nome
in qualità di rappresentante legale

del minore/...../.....
data di nascita cognome nome

nato a : residente a :
.....

indirizzo : telefono :
.....

DICHIARA quanto segue

- 1) La natura e le finalità di questa ricerca mi sono stati chiaramente spiegati dai responsabili della ricerca
- 2) Mi è stato chiaramente spiegato che posso decidere di prendere parte alla ricerca o di rinunciare in qualsiasi momento.
- 3) Sono stato informato che per qualsiasi ulteriore domanda potrò rivolgermi ai responsabili della ricerca
- 4) Sono stato informato che i dati raccolti saranno oggetto di un rapporto finale e che la mia identità e quella di mio figlio/figlia non saranno menzionate in nessun resoconto della ricerca

LETTO E APPROVATO
...../...../.....

data Firma

Il sottoscritto conferma di aver debitamente informato e offerto opportunità di porre domande di chiarimento a riguardo alla natura e le finalità della ricerca in oggetto.

Firma data/...../.....