

Strumenti di valutazione

EDITO DA TUTTI I PARTNER

1. Il processo diagnostico

La valutazione di un paziente con ADHD è un processo lungo e complesso che attraversa numerose fasi: interviste cliniche, esami medici, test neuropsicologici e valutazione comportamentale effettuata tramite questionari. Che si tratti di bambini, adulti o adolescenti che presentano la sintomatologia dell'ADHD, i dati ottenuti dovrebbero essere messi a confronto tra di loro e interpretati clinicamente in relazione alla storia del paziente stesso.

Se pensiamo che un bambino con difficoltà comportamentali possa essere affetto da ADHD, è necessario prima di tutto raccogliere informazioni da fonti diverse (genitori, insegnanti, educatori), utilizzando interviste semi-strutturate o questionari standardizzati (scale di valutazione) che ci consentano di indagare sui vari aspetti del comportamento e del funzionamento sociale e adattivo del bambino. La letteratura internazionale offre in tal senso un'ampia gamma di strumenti d'indagine che vengono descritti qui di seguito.

1.1. Interviste comportamentali e diagnostiche

L'intervista comportamentale è uno dei principali strumenti impiegati per far fronte a problemi del comportamento, soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Essa consente, infatti, di raccogliere informazioni sulla situazione clinica generale del soggetto e di indagare sulla eventuale presenza di altri disturbi o comorbidità, nonché sul funzionamento complessivo del comportamento problema nei differenti contesti, come quello familiare o scolastico. Questo tipo di intervista è oltretutto un mezzo utile per rafforzare l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente (Ollendick e Greene, 1998), ma anche per coinvolgere genitori e insegnanti nella fase di valutazione del trattamento, con lo scopo di creare un ambiente di supporto per il bambino.

Le interviste comportamentali sono state utilizzate in vari contesti clinici e di ricerca: sono ad esempio strumenti di indagine epidemiologica, ma vengono impiegate comunemente anche nelle prove cliniche e negli studi di casi singoli, o durante la fase di valutazione nei trattamenti clinici.

Rispetto ad altri strumenti maggiormente strutturati, come checklist e scale di valutazione, il principale vantaggio dell'intervista comportamentale è dato dalla sua flessibilità. Essa può infatti facilitare l'osservazione degli atteggiamenti espliciti ed impliciti dell'intervistato, i suoi comportamenti verbali e non verbali, e il modo in cui i diversi pattern comportamentali oggetto d'indagine siano vissuti.

Al fine di ottenere una valutazione più obiettiva della patologia, sono stati progettati degli strumenti ancora più rigidi, come le interviste diagnostiche strutturate. In questo caso, l'intervista è organizzata sulla base di criteri diagnostici come il DSM-IV o l'ICD-10, e l'intervistatore deve seguire una traccia ben definita che gli permetta di esplorare l'albero decisionale e stabilire una diagnosi.

L'intervista comportamentale è condotta di solito da un medico, un professionista della salute mentale, o da altro personale appositamente addestrato. Nei casi di bambini, spesso si intervista prima di tutto uno dei genitori, di solito la madre. Anche per l'ADHD quindi, l'intervista al genitore rappresenta il principale strumento di valutazione indiretta, largamente usato per raccogliere informazioni circa il comportamento del bambino e per formulare una corretta diagnosi. L'utilizzo dell'intervista comportamentale può comunque essere esteso anche ad altri adulti non facenti parte della famiglia, perlopiù insegnanti e caregiver. Infine, anche il soggetto stesso può essere intervistato, da solo o in presenza dei genitori, in relazione all'età e al tipo di problematica. Ollendick e Green (1998) hanno sottolineato che, nonostante lo scopo dell'intervista comportamentale sia quello di ottenere informazioni sul paziente, essa può anche essere d'aiuto a genitori e bambini, i quali possono cominciare a sentirsi maggiormente a proprio agio con il problema grazie alle attività di riflessione, chiarificazione e riepilogo. Inoltre, durante l'intervista possono emergere alcuni problemi non semplici da rilevare tramite altri strumenti di osservazione diretta o indiretta. Ad esempio, può essere evidenziato il diverso modo in cui adulti e bambini percepiscono il problema, o l'origine effettiva del comportamento, cioè se esso sia realmente problematico oppure sia soltanto il risultato di aspettative poco realistiche da parte dei genitori.

Barkley e Edwards (2006, pag. 241-2) hanno elencato gli scopi principali dell'intervista ai genitori:

- stabilire una relazione tra genitore e medico;
- ottenere informazioni sul bambino e sulla famiglia in generale, in particolare sul punto di vista dei genitori riguardo al problema del figlio;
- valutare il grado di stress presente nella vita familiare originato dal comportamento del bambino, analizzando anche lo stato psicologico dei genitori;
- mettere in luce eventi specifici legati alla manifestazione del problema; - formulare una diagnosi e programmare un intervento terapeutico adeguato;
- come forma di "pura catarsi".

Come evidenziato precedentemente, diversa è l'impostazione dell'intervista diagnostica strutturata. Questo strumento subentra per superare il problema delle incongruenze

diagnostiche dovute a valutatori diversi, e anche alla scarsa familiarità da parte dei medici con tali procedure. I risultati così ottenuti rischiavano di essere incongruenti alle informazioni ricevute e poco oggettivi nell'interpretazione dei sintomi registrati. Per rimediare a tali problemi, tutte le interviste diagnostiche strutturate utilizzano delle tecniche comuni. In particolare, le domande poste mirano a chiarire gli aspetti specifici di una determinata area psicopatologica, e specifiche definizioni sono fornite per facilitare la classificazione dei sintomi (Blanchard e Brown, 1998). Le proprietà che consentono il controllo dell'intervista diagnostica sono la replicabilità degli esiti diagnostici ottenuti (affidabilità o precisione) e la concordanza tra l'esito e la situazione reale del soggetto, cioè l'esattezza della diagnosi. Queste due proprietà definiscono insieme l'accuratezza (o validità) di uno strumento. L'affidabilità, legata alla capacità dello strumento diagnostico di distinguere il vero dal falso positivo, può essere stimata utilizzando l'errore standard del punteggio differenziale, per esempio nella procedura del test-retest o nel confronto tra valutatori (Margison et al., 2000). La valutazione dell'esattezza è estremamente complessa: richiederebbe infatti un confronto tra "la media di un numero infinito di repliche e il valore di riferimento" (JGCM 200, 2012). Quest'ultimo è però generalmente sconosciuto e approssimato col "gold standard", ovvero con il miglior valore disponibile.

Di conseguenza, la validità, o meglio l'accuratezza di uno strumento di valutazione diagnostica può essere soltanto approssimativa, migliorando la specificità delle informazioni richieste e usando, ad esempio, la procedura LEAD (Longitudinal, Expert, e All Data) proposta da Spitzer (1983).

Nelle sezioni successive di questo framework saranno descritti brevemente alcuni degli strumenti più adatti alla diagnosi dell'ADHD, in relazione al loro utilizzo in contesti diversi (casa e/o scuola) e alla loro diffusione nei paesi partner aderenti al progetto.

1.2. Questionari o scale di valutazione

I questionari o le scale di valutazione comportamentale sono tra gli strumenti più utilizzati per raccogliere informazioni sui soggetti con ADHD. Questi strumenti hanno infatti diversi vantaggi: fornire una visione quantitativa d'insieme dei comportamenti problematici, velocità nella compilazione, e possibilità di suggerire una riconcettualizzazione del problema, a partire dalla lista dei comportamenti analizzati.

Tali questionari possono inoltre indagare numerosi disturbi psichiatrici o focalizzarsi su condizioni psichiatriche specifiche.

Le scale di valutazione e le checklist sono molto simili all'intervista diagnostica strutturata, e si differenziano sostanzialmente per la chiusura delle possibili risposte, spesso in sì/no o in una scala di severità a tre punti.

L'utilizzo di queste scale è ampiamente diffuso in ogni settore di studi sociali o di psicologia, e consente di misurare caratteristiche di gruppo o individuali. Gli studi incentrati sulle proprietà psicometriche di tali strumenti hanno favorito la loro diffusione e permesso di migliorarne la validità scientifica, nonché di costruire scale sempre più accurate e precise.

Le scale di valutazione comportamentale sono strumenti che consentono di analizzare e misurare il comportamento problema nei bambini, ragazzi e adulti. Esse mirano di solito a valutare lo stato comportamentale complessivo del paziente, ma possono essere impiegate anche per monitorare l'efficacia di un trattamento o per guidare l'osservazione di un soggetto specifico. Chiaramente, la richiesta di rigore scientifico deve essere calibrata in relazione allo scopo specifico della scala. Va considerato, inoltre, chi ha il compito di utilizzare la scala: in alcuni casi, essa è progettata per esperti, medici o professionisti della salute mentale, ma spesso (e soprattutto nella valutazione dell'ADHD) tali scale sono ad uso di soggetti inesperti, come genitori e insegnanti, i quali non possiedono alcuna preparazione in materia. In quest'ultimo caso, esse devono essere di semplice utilizzo, con punteggi facilmente calcolabili e una chiara interpretazione dei risultati.

Di solito la scala di valutazione comportamentale è formata da un elenco di comportamenti osservabili o di descrizioni comportamentali. Ciascun item di questa lista, che rappresenta appunto un comportamento osservabile o la descrizione di una manifestazione comportamentale, può essere stabilito in accordo con l'insegnante, con i genitori o con le altre persone coinvolte nell'intervento e da coloro i quali conoscono il bambino. La persona che somministra la scala può usare la lista per indicare la presenza di un particolare item, e in alcuni casi anche la frequenza. L'analisi delle risposte può essere utile al fine di ottenere una visione d'insieme del funzionamento del bambino. Come discusso in precedenza, i problemi principali di questa procedura sono legati all'affidabilità e alla validità dei punteggi, motivo per cui vengono impiegate sempre più spesso delle scale standardizzate. L'uso del punteggio standard permette di effettuare confronti tra diversi gruppi di bambini della stessa età e dello stesso sesso. Nelle seguenti sezioni dedicate verranno descritte le diverse scale di valutazione impiegate in presenza di soggetti con ADHD.

1.3. Esame medico obiettivo

L'esame medico obiettivo, corredato anche da quello strumentale laddove necessario (EEG, TAC, RSM), è utile per avvalorare le ipotesi diagnostiche, valutare se esistono altre patologie in atto ed evidenziare gli eventuali effetti collaterali legati al trattamento farmacologico.

1.4. Test neuropsicologico per l'ADHD

I test neuropsicologici sono metodi validi che consentono di valutare un bambino con ADHD, grazie alla loro capacità di definire le caratteristiche del soggetto in termini di attenzione, memoria, funzioni esecutive e strategie utilizzate. Essi però non sono in grado di effettuare una diagnosi definitiva, dal momento che non esiste un test capace di distinguere al 100% un bambino con ADHD da uno non affetto da tale disturbo. Il test è uno strumento per definire un quadro neuropsicologico e non consente, quindi, alcuna reale diagnosi.

2. Classificazione degli strumenti di valutazione identificati dalla Partnership

Partendo dalla considerazione che il comportamento è funzione delle caratteristiche individuali e ambientali e della interazione tra esse [$C = F(P, A, P \times A)$], in questo FW i differenti strumenti necessari per condurre una analisi funzionale multidimensionale sono elencati secondo la seguente classificazione:

1. Strumenti per valutare le caratteristiche individuali nei soggetti con ADHD, sia in termini di sintomatologia patologica che di disturbi comunemente associati all'ADHD (ad es. difficoltà dell'apprendimento, ansia, depressione, autostima, problemi sonno-veglia, adattamento sociale, ecc.). Il codice che identifica questa categoria è la lettera P (Persona).
2. Strumenti per valutare le caratteristiche ambientali associate alla gestione dell'ADHD sia a scuola che a casa (ad es. stili genitoriali, stress genitoriale, ecc.). Il codice per questa categoria è la lettera A (Ambiente).
3. Strumenti in grado di valutare direttamente l'interazione tra i soggetti affetti da ADHD e il loro ambiente, nel quale gioca un ruolo fondamentale la relazione con i genitori, gli insegnanti e i pari (ad es. codici di osservazione, metodi di osservazione diretta, diari per il monitoraggio quotidiano, ecc.). Il codice che identifica questa categoria è P x A.

2.1. Strumenti inseriti nella categoria P

La **Conners Rating Scale - Revised** (CRS-R) (Conners, 1997) è uno strumento ormai da tempo utilizzato e largamente impiegato per valutare i bambini con ADHD. La CRS-R è composta da un numero di item che varia da 27 a 87, a seconda della lunghezza della versione. Della scala esiste una versione destinata ai genitori, un'altra agli insegnanti (CTR-S), e una terza di autovalutazione comportamentale per adolescenti, usata direttamente dagli stessi per riconoscere il comportamento problema. Le scale di valutazione per genitori e insegnanti possono essere somministrate ai soggetti di età compresa fra i 3 e i 17 anni, mentre le misure di autovalutazione sono adatte agli adolescenti fra i 12 e i 17 anni. Le scale per genitori e insegnanti comprendono le seguenti subscale: Oppositiva, Cognitiva-Problemi/Inattenzione, Iperattività, Ansia/Timidezza, Perfezionismo, Problemi Sociali, Disturbi Psicosomatici (solo nella versione per Genitori), Conner's Global Index (comprende Irrequieto-Impulsivo e Responsabilità Emotiva), indice dell'ADHD e sintomi del DSM-IV (inclusi Inattentivi, Iperattivi-Impulsivi). Genitori e insegnanti devono valutare, su una scala Likert a 4 punti (0=mai; 4=troppo spesso), la frequenza con la quale si attuano i comportamenti descritti in ogni item. La scala di autovalutazione per adolescenti (CASS:L) comprende le seguenti subscale: Condotta, Cognitiva, Famiglia, Controllo della Rabbia, Problemi Emotivi e Iperattività, indice dell'ADHD, e sintomi del DSM-IV.

La versione **MTA di Swanson, Nolan And Pelham** questionnaire (SNAP-IV) (Swanson et al., 2001) contiene 26 item riguardanti i sintomi chiave dell'ADHD e del DOP specificati nel DSM-IV (APA, 2000). Il questionario è dotato di subscale che misurano iperattività/impulsività (9 item), inattenzione (9 item) e DOP

(8 item). Per quanto riguarda la versione rivolta all'insegnante, sono stati riportati valori dell'alpha di Cronbach corrispondenti a 0,92 per la subscale dell'inattenzione, 0,96 per la subscale dell'iperattività/impulsività e 0,92 per quella del DOP (Bussing et al., 2008). La "affidabilità tra valutatori" (inter-rater reliability), in questo caso tra genitore e insegnante, era dello 0,49 (inatt.), 0,43 (iperatt./imp.) e 0,47 (DOP). Tali valori indicano che nella somministrazione dello SNAP-IV, tra le valutazioni effettuate dai genitori e quelle degli insegnanti in merito al comportamento del bambino, esistono comunque delle differenze.

L'**ADHD Rating Scale - IV** (Du Paul et al., 1998) è un metodo di misurazione dei sintomi dell'ADHD nei bambini e ragazzi di età compresa fra i 5 e i 18 anni. Lo strumento comprende 18 item suddivisi in due subscale, Inattenzione e Iperattività/Impulsività, ognuna delle quali composta da 9 item. La scala permette di ottenere le valutazioni di genitori e/o insegnanti riguardanti la frequenza con cui si è presentato ciascun sintomo dell'ADHD nei sei mesi precedenti alla somministrazione, sulla base dei criteri stabiliti dal DSM-IV. La ADHD Rating Scale - IV può essere completata in maniera indipendente da genitori e insegnanti, mentre il calcolo del punteggio è affidato a un medico specializzato.

Lo **Strengths and Difficulties Questionnaire** (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998) è un breve questionario di screening comportamentale per bambini/ragazzi dai 3 ai 16 anni. I 25 item di cui è composta la scala sono utili per raccogliere informazioni sulle 5 seguenti dimensioni: sintomi emotivi del bambino, problemi di condotta, iperattività o inattenzione, problemi relazionali con i pari e comportamento pro sociale. Oltre a una versione per genitori e una per insegnanti, è disponibile anche un questionario da autocompilare destinato ad adolescenti dagli 11 ai 16 anni.

Il manuale e il test sono disponibili sul sito <http://www.sdqinfo.org/>.

Il **Child Behaviour Checklist** (CBCL) (Achenbach, 1991a; 1991b) è disponibile nelle due versioni per genitori e insegnanti ed è composta da 113 domande che si riferiscono al comportamento del bambino nel presente e nei sei mesi precedenti. L'attribuzione del

punteggio avviene tramite una scala Likert a 3 punti (0=non vero, 1= qualche volta vero, 2=molto vero). La versione revisionata nel 2001 del CBCL è strutturata intorno a 8 scale sindromiche: ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, comportamento di trasgressione delle regole, comportamento aggressivo, le quali vengono raggruppate in altre due dimensioni generali, internalizzazione ed esternalizzazione. La versione del 2001 permette inoltre di valutare il comportamento attraverso sei scale che si basano sui criteri diagnostici del DSM: problemi affettivi, problemi d'ansia, problemi somatici, problemi di attenzione e iperattività, problemi oppositivi-provocatori e problemi di condotta.

Sono disponibili anche alcune scale di competenza opzionali tra cui attività, socialità, scuola e competenza globale.

La scala revisionata dispone anche di un'integrazione contenente norme multiculturali che consentono la somministrazione del questionario anche in diversi contesti culturali e sociali. Sono state inoltre aggiunte scale per il disturbo ossessivo compulsivo (DOP) e per il disturbo da stress post-traumatico (DPTS).

Le **Vanderbilt ADHD Teacher and Parent Rating Scales (VARS)** (Wolraich et al., 1998) comprendono una versione per l'insegnante (VADTRS) e una per il genitore (VADPRS). Sia la CRS-R che la VAR contengono degli item che misurano il DOP e il DC, nonché una subscale per ansia e depressione. La VARS però, include item in grado di valutare il funzionamento scolastico, e la VADPRS comprende una subscale analoga per valutare le percezioni dei genitori in merito al comportamento scolastico e sociale del bambino. La VADTRS è composta da 6 subscale, relative ai comportamenti problematici e al funzionamento scolastico: inattenzione, iperattività/impulsività, disturbo oppositivo-provocatorio/di condotta, ansia/depressione, performance scolastica e performance comportamentale. La versione per genitori include le subscale appena menzionate e altre due supplementari dell'inattenzione e dell'iperattività/impulsività (Wolraich et al., 2003). La frequenza dei comportamenti viene valutata su una scala a 4 punti da mai (0) a molto spesso (3).

Il questionario comprende inoltre una scala che misura il funzionamento del bambino in classe, le sue relazioni con insegnanti e compagni e il rendimento scolastico. Per valutare queste performance si utilizza una scala da 1 a 5 (1=problematico, 5=sopra la media).

Le **Brown Attention-Deficit Disorder Scales** per bambini e adolescenti (BADDS) (Brown, 2001) indagano una gamma di problemi nel funzionamento esecutivo dell'ADHD più ampia rispetto ai criteri proposti dal DSM-IV. Le scale di valutazione si suddividono a seconda dell'età alle quali sono rivolte: 3-7 anni, 8-12, e 12-18. La diversa formulazione degli item in ognuna delle subscale riflettono la natura evolutiva dell'ADHD. Sono disponibili anche versioni per insegnanti e genitori che permettono di valutare i comportamenti di bambini fra i 3 e i 7 anni, scale di autovalutazione per soggetti dagli 8 ai 12 anni, e nel caso di adolescenti, sia misure di autovalutazione che di etero valutazione da parte del genitore.

Tutte le versioni comprendono 5 subscale di derivazione clinica: 1) organizzare, costruire una gerarchia delle priorità e attivarsi nel lavoro, 2) focalizzare, sostenere e indirizzare l'attenzione su compiti diversi, 3) regolare lo stato di attivazione, sostenere lo sforzo ed elaborare velocemente le informazioni, 4) gestire le frustrazioni e modulare le emozioni, 5) sfruttare la memoria di lavoro e capacità di rievocazione. Una subscale supplementare, monitorare e auto-regolare l'azione, è presente nelle versioni destinate ai soggetti 3-7 anni e 8-12 anni, e fornisce un punteggio di inattenzione totale per queste subscale.

Le BADDS sono in grado, in maniera esclusiva, di rilevare sfumature dell'ADHD che le stesse scale di valutazione del DSM-IV non riescono a mettere in luce. In particolare, esse vengono impiegate per la valutazione della forma inattentiva dell'ADHD.

Le **Impairment Rating Scales (IRS)** (Fabiano, 2006) sono delle scale di valutazione per genitori e insegnanti, utili per la comprensione del funzionamento del bambino in domini come quello del rendimento scolastico, del comportamento in classe e in famiglia e della relazioni.

Genitori e/o insegnanti segnano una linea analogico-visiva che rappresenta un continuum di problematiche da 0 (nessun problema/non necessita assolutamente di un trattamento) a 6 (problema eccessivo/necessita assolutamente di un trattamento), al fine di indicare la compromissione del bambino in ciascuno dei domini. Le IRS sono estremamente efficaci per distinguere i bambini affetti da ADHD dai pari che non presentano il disturbo.

Le scale, disponibili in inglese e italiano, sono brevi, di semplice utilizzo e accessibili a tutti.

La versione per genitori della **Disruptive Behavior Disorders Rating Scale** (DBDRS) (Pelham, Gnagy, Greenslade, & Milich, 1992) è una scala di misurazione indiretta dei sintomi del disturbo da comportamento dirompente. Essa consente ai genitori di valutare i bambini tramite quattro subscale: inattenzione, iperattività/impulsività, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbi della condotta. I 45 item vengono valutati su una scala a 4 punti, che va da 0 (assolutamente non presente) a 3 (molto presente). La validità di tale strumento è stata evidenziata grazie alla sua capacità di distinguere bambini affetti o meno dall'ADHD (Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005).

The **School Situations Questionnaire** (SSQ) (Barkley, R., 1997) è composto da un set di 12 domande alle quali l'insegnante risponde utilizzando una scala Likert a 9 punti, in base alla severità del problema descritto nel quesito (1=lieve; 9=severo). Lo SSQ misura il comportamento del bambino in termini di autocontrollo e mantenimento dell'attenzione, rendendo possibile l'esplorazione degli atteggiamenti più problematici che si presentano nelle situazioni scolastiche quotidiane. Il questionario è considerato uno strumento rilevante che deve essere accompagnato da altre misure nella valutazione dei bambini con ADHD nelle scuole.

Il **Rutter Teacher Questionnaire** (Rutter, 1967) è una scala di 26 item riguardanti molteplici problemi del comportamento. I fattori contengono item che rappresentano iperattività/condotta (fattore 1), ansia/depressione (fattore 2), assenze da scuola/furto (fattore 3). Il pattern degli item contenuti nel primo fattore sembra essere collegato alla categoria del disturbo ipercinetico della condotta descritto dalla *International Classification of Diseases-10*, e di conseguenza può essere un valido strumento per la misurazione dei comportamenti problema nei bambini.

La **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Evaluation Scale** (EDAH) versione portoghese (Lopes, 2009; Gomes, Lopes & Silva, 2010) è stata sviluppata da Farré e Narbona (2003). Essa comprende 20 item a risposta chiusa ai quali l'insegnante risponde su una scala Likert a 4 punti, basandosi sull'osservazione del comportamento del bambino nei 6 mesi precedenti. Sono presenti, inoltre, una subscale dell'Iperattività/Deficit dell'Attenzione e una relativa a Problemi Comportamentali.

Il **Test of Everyday Attention for Children** (TEA-Ch) (Manly et al., 2001) è una batteria di test psicologici che valutano l'attenzione nei bambini/ragazzi di età compresa tra i 6 e i 16 anni. È uno strumento non computerizzato che utilizza test sotto forma di giochi per analizzare le tre diverse forme di attenzione, e consente un confronto dei risultati ottenuti dal soggetto con la media dei risultati dei bambini appartenenti alla stessa fascia d'età. Il TEA-Ch e i 9 subtest di cui è composto permettono la valutazione dei 3 tipi di attenzione: selettiva, focale e divisa. L'affidabilità e la validità dello strumento sono state ampiamente accertate.

La **Scala per l'individuazione dei comportamenti di Disattenzione e Iperattività** (SDA I/G/B) (Marzocchi, Re & Cornoldi, 2010) è una scala per la valutazione dei disturbi da Deficit dell'Attenzione e Iperattività destinata a insegnanti (SDAI) e genitori (SDAG). Essa consiste in 18 item basati sui sintomi descritti dal DSM-IV (APA, 1994) ai quali l'insegnante e/o il genitore devono rispondere dando una valutazione da 0 a 3, in relazione alla frequenza con la quale si verifica il comportamento in questione (0=mai, 1=qualche volta, 2=abbastanza spesso, 3=molto spesso). Entrambi i questionari sono composti da due subscale, ciascuna contenente 9 item: i numeri dispari sono relativi all'indice dell'inattenzione e quelli pari si riferiscono

all'indice dell'impulsività/iperattività. L'assegnazione dei due punteggi (uno relativo all'inattenzione, ottenuto dalla somma degli item dispari, e un altro relativo all'iperattività/impulsività ottenuto dalla somma degli item pari) è semplice e rapida, dal momento che gli item descrivono dei comportamenti sintomatici. Il punteggio massimo che il bambino può ottenere è di 27 per ciascuna delle subscale, anche se un punteggio uguale o maggiore di 14 in almeno una delle subscale, è indice dell'individuazione di un soggetto problematico.

Alle scale per insegnanti e genitori si affianca anche una versione che può compilare il bambino stesso

(SDAB). Essa è composta da 14 item cui il soggetto deve rispondere utilizzando una scala Likert a 4 punti da 0 a 3 (0 = mai, 1 = qualche volta, 2 = abbastanza spesso, 3 = molto spesso). L'obiettivo è identificare le problematiche dal punto di vista del bambino e se la valutazione è conforme a quella di genitori e insegnanti.

La Scala per l'Identificazione Precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività in età Prescolare (IPPDAG/G) (Marcotto et al., 2002) è una scala destinata a insegnanti (IPPDAG) e genitori (IPPDAG). E' possibile somministrare lo strumento ai genitori dei bambini che frequentano la scuola materna, al fine di identificare coloro i quali presentano problemi significativi di attenzione e iperattività. I 24 item da cui è composto provengono in parte da questionari già esistenti, mentre alcuni sono stati formulati appositamente tenendo in considerazione i criteri del DSM-IV, in modo tale da permettere una valutazione di aspetti non indagati da altri strumenti in uso. La valutazione si effettua mediante una scala Likert a 4 punti (0=mai/assolutamente, 1=un po'/qualche volta, 2=piuttosto spesso, 3=molto/sempre).

Il Questionario Sindromi Compresenti (COM) (Cornoldi, Molin, & Marcon, 2004) consente di identificare le comorbidità associate all'ADHD. Si tratta di un questionario di osservazione per genitori e insegnanti contenente 30 item: 5 item di base (o di controllo) e 25, raggruppati in 5 subscale con l'esclusione di un solo item, relativi a comportamenti lievemente maladattivi, difficoltà di comunicazione, caratteristiche emotive e affettive specifiche. Il questionario deve essere compilato da genitori e insegnanti solo in seguito a un'accurata osservazione del bambino in diverse situazioni vissute a scuola. La frequenza o l'intensità con le quali il comportamento o l'abilità descritta dall'item si verificano, vengono valutate attraverso una scala Likert a 4 livelli (0=mai/assolutamente, 1=qualche volta/un po', 2=spesso/abbastanza, 3=sempre/molto). I punteggi ottenuti quindi, sono relativi a un quadro sindromico di compresenza con il disturbo della condotta, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo generalizzato dello sviluppo ad alto funzionamento/autismo ad alto funzionamento, depressione, ansia e sindrome di Tourette.

La Scala per la valutazione dei Comportamenti Dirompenti (SCOD-I) (Marzocchi et. al., 2001) è formata da 42 item: 18 riguardanti l'ADHD, 8 relativi al disturbo oppositivo-provocatorio e 16 focalizzati sul disturbo della condotta. La suddivisione dei suddetti item in 4 subscale consente l'ottenimento di altrettanti punteggi separati, calcolati attraverso una scala Likert a 4 punti che rappresenta la frequenza con la quale si manifesta un comportamento.

La K-SADS-PL - Kiddie-Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and Lifetime version (Kaufmann, 2002) è un'intervista diagnostica finalizzata alla valutazione dei disturbi psicopatologici, passati e attuali, in bambini e adolescenti. Rappresenta una dettagliata e rigorosa raccolta dei sintomi richiesti per soddisfare i criteri diagnostici secondo DSM-IV e ICD-10. Non sostituisce, ma si integra, alla valutazione clinica psichiatrica che rimane fondamentale per la formulazione di una diagnosi e di una prognosi attendibile. Essa è composta da:

- un'intervista introduttiva;
- un'intervista diagnostica di screening;
- una checklist per la somministrazione dei supplementi diagnostici,

- cinque supplementi diagnostici (disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi d'ansia, disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente, abuso di sostanze) aderenti ai criteri diagnostici formulati dal DSM-IV;
- una checklist complessiva della storia clinica del paziente;
- una scala per la valutazione globale del funzionamento attuale del bambino (VGF).

2.1.1. Strumenti utilizzati in Italia per la valutazione neuropsicologica e delle funzioni esecutive

Il **Matching Familiar Figures Test 20** (MFFT20) (Cairns & Cammock, 1978) è un test finalizzato a valutare due indici critici legati al processo attentivo, l'impulsività e l'accuratezza. Esso è costituito da 20 item/schede in cui è raffigurata una figura-modello posta in alto e altre 6 figure simili poste al di sotto del modello, solo una di esse è identica al modello, mentre le altre 5 differiscono per qualche piccolo dettaglio. Il soggetto è invitato a scegliere tra le 6 figure quella uguale al modello. Se la scelta è corretta si prosegue con gli item successivi, se il bambino sbaglia l'esaminatore lo inciterà a cercare la figura appropriata. Il bambino ha a disposizione 5 tentativi, se dovesse perseverare nell'errore l'esaminatore indicherà la risposta esatta e passerà all'item successivo. I parametri registrati sono il numero totale di errori e il tempo che impiega mediamente il bambino nel dare la prima risposta: il tempo di prima risposta è solitamente molto basso nei bambini impulsivi, mentre il numero complessivo di errori è alto nei soggetti che non riescono a prestare attenzione ai dettagli e non utilizzano strategie efficaci per confrontare le varie figure.

Del test esiste un adattamento italiano inserito all'interno della Batteria Italiana per l'ADHD (BIA) (Marzocchi, Re & Cornoldi, 2010).

Il **Continuous Performance Test** (CPT) (Rosvold et al., 1956) è una prova di ricerca visiva particolarmente indicata per misurare il livello di vigilanza, l'attenzione sostenuta e selettiva e l'impulsività. La prova richiede al soggetto di trovare il più rapidamente possibile sequenze prestabilite di lettere ed è stata tarata su un campione italiano di bambini di età compresa tra i 6 e i 13 anni (Marzocchi e Menazza, 1998).

Il **Test delle Campanelle Modificato** (TCM) (Biancardi & Stoppa, 1997) (4-14 anni). È una prova di cancellazione veloce (barrage) di stimoli target in matrici di stimoli sempre più complesse (> n° stimoli). Valuta l'attenzione visuospaziale, la velocità e l'accuratezza della ricerca visiva, nonché le strategie di analisi percettiva. Vengono presentati al soggetto quattro differenti fogli, ognuno dei quali contiene figure rappresentanti oggetti animati e inanimati (ad esempio case, alberi, cavalli, pesci, etc.), in mezzo alle quali si nascondono 35 campanelle. Dalla somministrazione del test si ottengono due tipi di punteggio: il punteggio rapidità in cui si riporta il numero medio di campanelle trovate, ed il punteggio accuratezza che si riferisce alla media e alla deviazione standard del numero di campanelle.

Il **Test di Stroop** (Stroop, 1935) è un compito di denominazione attraverso il quale indagare i processi di attenzione selettiva e di inibizione dell'informazione incongruente. Il soggetto ha il compito di leggere parole che indicano nomi di colori e di denominare il colore in cui sono scritte (es. se la parola da leggere è "verde" ma il colore dello stimolo è blu, il soggetto deve rispondere "blu").

Il test **Torre di Londra** (TOL) (Pennington & Ozonoff, 1996) è uno strumento molto efficace per indagare alcune aree disfunzionali spesso associate all'ADHD come la carenza della capacità di pianificazione, di decisione strategica e di problem solving, in bambini di età compresa tra i 4 e i 13 anni. Compito del soggetto è quello di impilare su tre pioli di diversa lunghezza biglie di colore diverso (una rossa, una verde e una blu), così da ottenere in un certo numero di mosse la stessa configurazione indicata dall'esaminatore.

The **Wisconsin Card Sorting Task (WCST)** (Heaton et al., 1993) è un compito di classificazione di carte con regole variabili. E' usato per valutare la flessibilità nella scelta delle strategie nel problem solving e utilizzato per la valutazione dell'incapacità di astrazione e perseverazione, tipicamente presenti nei soggetti con ADHD. Compiti come il WCST fanno riferimento alle funzioni esecutive che sono connesse all'attivazione bilaterale della corteccia dorso laterale prefrontale; le basse prestazioni fanno quindi ipotizzare un'associazione della corteccia dorso laterale e frontale inferiore con l'ADHD.

2.1.2. Scale finalizzate alla valutazione della comorbidità con i Disturbi Specifici dell'Apprendimento nel contesto italiano

La valutazione delle abilità di lettura può essere effettuata attraverso le seguenti Batterie:

- **Prove di Lettura MT per la Scuola Elementare-2** (Cornoldi & Colpo, 1998);
- **Nuove Prove di lettura MT per la Scuola media Inferiore** (Cornoldi & Colpo, 1995).
- **MT Avanzate-2 di lettura e matematica per il biennio della scuola secondaria di II grado** (Cornoldi, Pra Baldi, & Friso, 2010). Le prove sono costituite da brani diversificati per classe e periodo dell'anno scolastico. L'obiettivo è valutare la rapidità e correttezza della lettura di un brano, considerata la misura che meglio descrive la competenza di lettura richiesta nei vari contesti di vita scolastici ed extrascolastici. Al soggetto è chiesto di leggere due tipi di testo, narrativo e informativo, e successivamente di rispondere a una serie di domande con risposte a scelta multipla. Le domande sono state costruite per valutare i diversi aspetti implicati nella comprensione del testo scritto. Le prove MT, in quanto prove standardizzate, consentono di ottenere una misura della capacità di comprensione del soggetto, confrontabile con un campione normativo di riferimento.

La **Batteria per la Valutazione della scrittura e della competenza ortografica** per la scuola primaria e secondaria (Tressoldi e Cornoldi, 1991). La batteria, attraverso le prove di dettato di brano, di velocità di scrittura e di produzione del testo scritto, mira a verificare la capacità di rispettare automaticamente le regole e le convenzioni presenti nella lingua italiana. Gli errori vengono classificati in base al numero e alla tipologia, e precisamente in fonologici (scambio di grafemi, omissioni, ecc..), non fonologici (fusioni e separazioni, scambio di omofone) e altri (doppie ed accenti). Si valuta anche la qualità del tratto grafico.

La **Batteria per la valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva (DDE-2)** (Sartori, Job & Tressoldi, 2007) consiste in prove di lettura a voce alta di quattro liste di parole ad alta e bassa frequenza per verificare la correttezza e la rapidità dell'accesso lessicale, e di tre liste di non parole per la verifica dell'accesso fonologico alla lettura e per l'individuazione del tipo di dislessia eventualmente associata. La batteria comprende anche la valutazione della scrittura e delle omofone in lettura e scrittura.

Il test di valutazione delle Abilità di Calcolo - Gruppo MT (AC-MT) (Cornoldi, Lucangeli & Bellina, 2002; Cornoldi & Cazzola, 2000). Sono prove suddivise in base alla classe di riferimento e vanno dalla prima elementare alle terza classe della scuola secondaria di primo grado. Le prove sono divise in una prova collettiva ed una individuale. Nella prova collettiva si distingue l'area del calcolo da quello della conoscenza numerica. Si valuta qualitativamente e quantitativamente il processo di calcolo nelle quattro operazioni di base (alle scuole medie anche le espressioni aritmetiche) e la conoscenza sintattica e semantica dei meccanismi della matematica (dal riconoscimento del valore posizionale delle cifre, al concetto di quantità, alla trasformazione in cifre scritte, al calcolo implicito, etc.). Nella prova individuale si utilizza il cronometro per verificare anche la velocità e l'accuratezza del calcolo a mente.

Il test delle **Abilità di Calcolo Aritmetico** (ABCA) (Lucangeli, Fiore & Tressoldi, 1998) si rivolge a studenti delle classi terza, quarta e quinta della scuola primaria. Il test prevede una somministrazione individuale della durata di circa un'ora. Permette di valutare l'efficienza delle componenti principali di elaborazione cognitiva del sistema dei numeri e del calcolo.

2.1.3. Scale utilizzate per la valutazione dell'intelligenza nel contesto italiano

La **Wechsler Intelligence Scale for Children** (WISC-III) (Wechsler, 1991) è la più famosa scala internazionale in grado di valutare l'abilità intellettiva di soggetti dai 6 ai 16 anni e 11 mesi. I subtest sono stati selezionati per valutare diverse abilità mentali, che indicano nel complesso la capacità intellettiva generale del bambino. Dalla somministrazione del test si ricavano tre punteggi che forniscono una valutazione delle abilità intellettive:

- *QI verbale (QIV)*: dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest verbali;
- *QI di performance (QIP)*: dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest di performance; - *QI totale (QIT)*: dato dalla combinazione dei punteggi ai subtest verbali e di performance. Inoltre, si ricavano quattro Quozienti di Deviazione Fattoriale opzionali:
- *Comprensione verbale (CV)*
- *Organizzazione percettiva (OP)* - *Libertà dalla distraibilità (LD)* - *Velocità di elaborazione (VE)*.

La *WISC-III* comprende 12 subtest (6 verbali e 6 di performance) somministrati in maniera alternata e precisamente:

- *Informazione*: una serie di domande che valutano la conoscenza su eventi o oggetti comuni.
- *Somiglianze*: una serie di coppie di parole per le quali vanno spiegate le somiglianze tra gli oggetti per verificare la capacità di categorizzazione e logica.
- *Ragionamento aritmetico*: una serie di problemi aritmetici da risolvere a mente.
- *Vocabolario*: il bambino deve definire una serie di parole presentate oralmente per valutare le funzioni del linguaggio e la ricchezza dei termini conosciuti.
- *Comprensione*: una serie di domande che richiedono la soluzione di problemi quotidiani.
- *Memoria di cifre*: sequenze di numeri da ripetere nello stesso ordine e nell'ordine inverso al fine di indagare la memoria di lavoro.
- *Completamento di figure*: una serie di figure colorate di scene e oggetti comuni dove manca un particolare da identificare.
- *Cifrario*: una serie di simboli da associare a delle forme o numeri.
- *Riordinamento di storie figurate*: una serie di storie presentate in disordine, da riordinare secondo la sequenza logica e temporale di una storia.
- *Disegno con i cubi*: prova che prevede il completamento di modelli geometrici da riprodurre usando dei cubetti.
- *Ricostruzione di oggetti*: una serie di oggetti ritagliati da ricostruire formando un'immagine.
- *Ricerca di simboli*: una serie di gruppi accoppiati di simboli (target e di ricerca) per i quali il bambino deve indicare se un simbolo target appare o no nel gruppo di ricerca.
- *Labirinti*: una serie di labirinti di difficoltà crescente al fine di verificare le abilità relative alla pianificazione visuospatiale.

Le **Matrici Progressive** di Raven (Raven, 1984, 2008) sono state elaborate con lo scopo di indagare le abilità mentali, e possono essere somministrate a persone di qualsiasi età, indipendentemente dal livello culturale.

Il compito è quello di scegliere tra 6 o 8 disegni quello che completa il modello presentato. I test richiedono dunque di analizzare, costruire ed integrare fra loro una serie di concetti. Ai

soggetti di età compresa tra i 3 e gli 11 anni e 6 mesi, il test può essere somministrato con le *CPM (Coloured Progressives Matrices)* che utilizzano le forme colorate. Le 3 serie, di 12 problemi ciascuna, offrono al soggetto tre possibilità di sviluppare un tema di ragionamento logico. La *scala globale* comprendente, quindi 36 problemi, serve a misurare lo sviluppo delle funzioni cognitive presenti prima del raggiungimento della maturità. Dai 12 anni in poi si possono utilizzare le *SPM- Standard Progressives Matrices* senza l'ausilio del colore. Si compongono di 60 item divisi in 5 serie di 12 prove ciascuna, ordinate per grado crescente di difficoltà. L'ordine di presentazione delle prove permette al soggetto di esercitarsi ad un sistema di lavoro e di addestrarsi alla comprensione del metodo.

La **Leiter International Performance Scale – Revised** (Leiter-R) (Leiter, 1979; Levine, 1982) è una scala atta a fornire una misura non verbale dell'intelligenza, indipendente dal livello culturale, dalle influenze sociali, linguistiche ed educative. Grazie a queste caratteristiche, essa si rivela particolarmente adatta a soggetti con gravi deficit cognitivi. La scala è costituita da 2 batterie (Visualizzazione e Ragionamento, Attenzione e Memoria) somministrabili anche separatamente, e quattro scale di livello (per l'esaminatore, per il genitore, per l'insegnante e di autovalutazione), che permettono di valutare il comportamento del soggetto in maniera multidimensionale.

2.1.4. Per la valutazione delle abilità sociali

Il **Social Skills Rating System** (SSRS) (Gresham & Elliott, 1990) è un questionario largamente in uso che misura le abilità sociali in bambini e ragazzi della scuola materna, primaria e secondaria. Sono disponibili strumenti di autovalutazione per soggetti di età compresa fra i 3 e i 18 anni, con o senza disabilità, nonché questionari di eterovalutazione per genitori e insegnanti.

I fattori comuni presenti nelle 3 versioni dello SSRS sono Cooperazione, Affermazione e Autocontrollo, mentre la versione per il genitore include l'elemento "Responsabilità", e quella per il bambino contiene un ulteriore fattore denominato "Empatia". Il Social Skills Rating System permette di misurare, anche separatamente, tre diverse aree: Abilità Sociali, Comportamenti Problematici e Competenza Scolastica.

La somministrazione del questionario dura generalmente 15-25 minuti, ma può variare a seconda del numero di scale di valutazione utilizzate. Gli item hanno una modalità di risposta su scala Likert a 3 punti (0=mai, 1=qualche volta, 2=molto spesso) che descrive i comportamenti tipici del soggetto.

Lo strumento, venduto da Pearson, fornisce regole distinte per maschi e femmine.

Van der Oord (Van der Oord et al., 2005) ha valutato le proprietà psicometriche dello SSRS nei casi di somministrazione a studenti affetti da ADHD. Soltanto la versione per insegnanti è stata riprodotta seguendo l'originale struttura, mentre il questionario rivolto ai genitori mantiene 3 delle 4 scale e quello per bambini fornisce solamente due fattori. Gli autori hanno messo in luce, inoltre, la capacità dello SSRS di distinguere bambini con e senza ADHD.

The **Student Skill Checklist** (Sprafkin et al., 2002) è un questionario con possibilità di risposta da 1 (quasi mai) a 5 (quasi sempre) sulle principali abilità sociali dello studente. Il punteggio determina il grado di severità e l'urgenza di una richiesta d'intervento. A seguito di tale questionario vengono proposte sessanta unità didattiche per lo sviluppo di abilità relazionali e di comunicazione in alunni con problemi relativi al comportamento sociale. Tale intervento educativo può essere rivolto a un singolo soggetto, all'intera classe o a piccoli gruppi di studenti.

The **Means-End Problem Solving Test** (MEPS) (Shure e Spivak, 1972) misura la capacità di elaborare soluzioni sempre più articolate e complesse al fine di superare un determinato problema interpersonale. L'esaminatore ha il compito di leggere al soggetto brevi brani su argomenti sociali quali il fare amicizia, gestire la frustrazione e i conflitti nelle relazioni

interpersonali, per valutare l'abilità del soggetto nel gestire le proprie difficoltà. A seguito del test si predispongono il training su quelle abilità ritenute carenti.

2.1.5. Scale per la valutazione dello stile di attribuzione e autopercezione

Il **Questionario di attribuzione** (Cornoldi et al., 1996) prevede la somministrazione di 10 domande con risposte a scelta multipla che indagano il *locus of control* del bambino di fronte alle situazioni problematiche.

Il **Self-Perception Profile for Children** (Harter, 1985) permette di valutare la percezione di sé nei bambini tra gli 8 e i 15 anni nelle seguenti aree:

- Competenza scolastica;
- Accettazione sociale;
- Competenza atletica;
- Aspetto fisico;
- Condotta comportamentale; - Valore globale di sé.

Il Self-Perception Profile for Children è composto da 36 item con un formato di risposta ad alternativa strutturata nel quale al bambino è chiesto di decidere quale opzione è più aderente al suo modo di percepirsi, e di graduire quanto questa affermazione è vera per lui/lei.

La scala di valutazione destinata agli insegnanti, contenente 15 item, consente di analizzare il comportamento effettivo del bambino in 5 aree specifiche.

Il **Self-Perception Profile for Adolescents** (Harter, 1985) è un'estensione del precedente questionario e include nuove subscale specifiche per gli adolescenti.

Il Self-Perception Profile for Adolescents mira a indagare in particolare le seguenti aree:

- Competenza scolastica;
- Accettazione sociale;
- Competenza atletica;
- Aspetto fisico;
- Competenza lavorativa;
- Capacità di attrarre;
- Condotta comportamentale;
- Amicizia;
- Valore globale di sé.

La scala è formata da 45 item con lo stesso formato di risposta, regole di somministrazione e criteri di punteggio della versione per bambini. Nel Self-Perception Profile for Adolescents è inclusa anche una scala di valutazione per insegnanti, composta da 16 item.

Il **Social Adjustment Inventory** (SAICA) (John, Gammon, Prusoff, & Warner, 1987) è un questionario che ha lo scopo di valutare il comportamento sociale del bambino a scuola, a casa, durante il tempo libero e nei momenti di interazione con i pari, con i fratelli e i genitori. Più nel dettaglio, il SAICA mira a rilevare l'adattamento sociale dei bambini in età scolare, definito come "l'interazione tra l'individuo e l'ambiente" (pag. 898). Il questionario, la cui somministrazione richiede all'incirca mezz'ora, può essere compilato direttamente dal bambino o dai genitori, ed è in grado di valutare il funzionamento del soggetto durante l'anno scolastico in corso o durante gli anni precedenti.

È formato da 77 item, 35 dei quali focalizzati sulla "competenza", valutabile mediante una scala a 4 livelli, da "assolutamente incompetente" a "competente nell'attività". I restanti 42 quesiti incentrati sul

"comportamento problema" contengono 5 opzioni di risposta da "nessun problema" a "grave problema per il bambino".

L'analisi fattoriale ha rivelato l'esistenza di 3 fattori: competenza nel compito, socialità nel tempo libero e relazioni familiari.

L'affidabilità del SAICA, dotato anche di una buona validità convergente, è considerata accettabile e la validità di costrutto è stata supportata dall'analisi degli stessi autori.

2.1.6. Scale usate per la diagnosi differenziale o per la valutazione delle comorbidità

La **Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)** (March, 1997) è composta da 39 item distribuiti tra 4 fattori principali, tre dei quali includono 2 subfattori ciascuno: 1) sintomi fisici (teso/irrequieto e somatici/involontari), 2) ansia sociale (umiliazione/rifiuto e paura della performance sociale), 3) evitamento del danno (perfezionismo e coping ansioso) e 4) ansia da separazione. La struttura fattoriale della MASC non varia a seconda del genere o dell'età e mostra un'eccellente affidabilità interna.

Il **Children Depression Inventory (CDI)** (Kovachs, 1994) è una scala costituita da 27 item che esplorano i sintomi principali della depressione (umore depresso, immagine di sé, anedonia, relazioni interpersonali) e alcune delle conseguenze dei sintomi depressivi (es. il funzionamento scolastico). Il punteggio per ogni item va da 0 a 2 (mai/a volte/spesso, sempre). La validità clinica del CDI è discutibile, anche se l'autrice sottolinea l'esistenza di una relazione tra la diagnosi di depressione e il punteggio ottenuto al test. Il punteggio varia da 0 a 54, considerato suggestivo di disturbo dell'umore un punteggio > 18 (altri autori > 21).

La batteria di **Scale psichiatriche di Autovalutazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)** (Cianchetti & Sannio-Fancello, 2001) è uno strumento unitario utile a rilevare lo stato psichico del bambino e dell'adolescente attraverso più scale organizzate secondo criteri omogenei. Le 6 scale sono rispettivamente finalizzate a valutare i sintomi legati all'ansia (SAFA-A), alla depressione (SAFA-D), al disturbo ossessivocompulsivo (SAFA-O), ai disturbi alimentari psicogeni (SAFA-P), i sintomi somatici e ipocondria (SAFA-S) e, in ultimo, i sintomi fobici (SAFA-F). Per ogni scala esistono due versioni, una per soggetti dagli 8 ai 10 anni (identificata con la lettera "e") e una versione unica per soggetti dagli 11 ai 18 anni (identificata con le lettere "m-s"), ad eccezione della scala per l'ansia che ne prevede tre: 8-10 anni ("e"), 11-13 anni ("m") e 14-18 anni ("s").

2.1.7. Test di attenzione computerizzati

Lo **Intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test (IVA)** (Sandford & Turner, 1995) è un compito di performance visiva e uditiva della durata di 13 minuti. Il test è stato progettato per la valutazione del controllo della risposta e attenzione, e fornisce una misura obiettiva dell'iperattività a livello fino-motorio.

Il **Test of Variables of Attention (T.O.V.A)** (Greenberg & Waldman, 2006) è uno strumento non linguistico di performance visiva a intervalli fissi, usato per lo screening, la diagnosi e il monitoraggio di bambini con deficit di attenzione. La durata del test è di 23 minuti, ridotti a 11 nel caso di somministrazione a bambini di età compresa tra i 4 e i 5 anni.

Il **software Autoregolare l'attenzione - Attività su vigilanza, inibizione, memoria di lavoro, controllo interferenza e flessibilità cognitiva** (Marzocchi, Portolan & Usilla, 2013) è un programma multimediale rivolto a soggetti di età compresa tra gli 8 e i 12 anni, finalizzato ad esercitare attenzione e concentrazione. Il programma comprende circa 50 diverse attività che mirano a sviluppare il livello di vigilanza e di inibizione, la memoria di lavoro, il controllo delle interferenze e la flessibilità cognitiva. E' inoltre compreso un test iniziale per verificare le abilità di partenza. Sia l'insegnante sia il caregiver hanno la possibilità di accedere ad un'area gestionale che consente di monitorare i risultati ottenuti dal bambino, verificando le risposte corrette, gli errori, le omissioni e i tempi mediani per ogni esercizio.

Il test **Attenzione e concentrazione - 7 test e 12 training di potenziamento** (Di Nuovo, 2000) è un software progettato per la misurazione, il recupero e il potenziamento delle diverse componenti dell'attenzione e concentrazione. Il programma infatti comprende due sezioni: la prima costituita da una batteria di sette prove per valutare le componenti cognitive e percettive coinvolte nei due processi in esame; la seconda contiene esercizi per il potenziamento, proposto secondo un approccio ludico e graduale.

2.2. Strumenti inseriti nella categoria A

Il Parent-Child Relationship Questionnaire (Furman & Giberson, 1995) è un questionario composto da 40 item e articolato in cinque aree omnicomprensive: (a) Relazioni Personali – amicizia e intimità (ad es. “Quante cose belle l’uno per l’altro fate tu e questo bambino?”); (b) Calore – protezione e affetto (es., “Quanto ti senti orgoglioso di questo bambino?”); (c) Calore nella disciplina – elogio, comportamenti pro sociali e prendere delle decisioni condivise (es., “Quanto hai detto a questo bambino/a che ha fatto un buon lavoro?”); (d) Affermazione del Potere – richiami e punizioni (es., “Quanto hai sgridato questo bambino per essere stato cattivo?”); (e) Possessività – controllo e protezione (es., “Quanto vuoi che questo bambino ti stia intorno per tutto il tempo?”). I soggetti rispondono utilizzando una scala Likert a 5 punti.

Il Child Health Questionnaire 4 (CHQ-PF50) (Landgraf et al., 1999) è un questionario organizzato in due aree, quella fisica e quella psicosociale. Esso permette ai genitori di valutare il benessere e lo stato di salute del bambino, nonché di autovalutare quanto la gravità del disturbo influisce sul loro stato emotivo, sull’organizzazione del tempo e sull’unità familiare. Le subaree fisiche sono: funzionamento fisico (PF), effetto della salute fisica sulle relazioni sociali (RP), dolore fisico/disagio (BP), percezione della salute generale (GH). I domini psicosociali sono invece: effetto dei problemi comportamentali/emotivi sulle relazioni sociali (REB), autostima (SE), salute mentale (MH), comportamento generale (BE), impatto emotivo e temporale sui genitori (PTE/PTT). Infine, un ultimo dominio si concentra sul livello di coesione familiare e sulle limitazioni delle relative attività.

La Family Environment Scale (FES) (Moos & Moos, 1981) è una scala usata per descrivere l’ambiente familiare attraverso tre dimensioni distintive: Relazioni Familiari, Crescita Personale, Mantenimento e Cambiamento del Sistema. Tre forme consentono di valutare il clima familiare in: reale, ideale e prevista.

Il McMaster Family Assessment Device (FAD) (Epstein et al., 1983) è un questionario della durata di 15/20 minuti che rivela il livello del funzionamento familiare complessivo utilizzando le sette aree del modello del funzionamento familiare McMaster: Problem Solving, Comunicazione, Ruoli, Sensibilità Affettiva, Coinvolgimento Affettivo, Controllo del Comportamento, Funzionamento Generale. I 60 item di cui lo strumento è composto fanno capo ognuno ad una delle sopracitate aree, le quali includono da 7 a 12 item ciascuna. Ogni membro della famiglia al di sopra dei 12 anni può esprimere la sua valutazione attraverso una scala Likert a 4 punti: fortemente d’accordo, d’accordo, in disaccordo, fortemente in disaccordo. È stato dimostrato che il funzionamento generale di tale scala possiede eccellenti proprietà psicometriche (Byles et al., 1988) in quanto rapido strumento di misurazione del funzionamento generale della famiglia.

Il Five Minute Speech Sample (FMSS) (Daley, Sonuga-Barke, & Thompson, 2003) fornisce una buona misura della relazione genitore-bambino. Ai genitori si chiede di parlare liberamente per cinque minuti dei loro pensieri, delle sensazioni e del rapporto esistente tra essi e il loro bambino. I discorsi vengono registrati e successivamente valutati secondo scale globali di: calore, intensità del rapporto, frase d’inizio e frequenza di commenti positivi e negativi. Un alto tasso di Emotività Espressa (EE) da parte del genitore si evince dalla presenza di una valutazione negativa su una delle scale globali o da un maggior numero di commenti negativi rispetto a quelli positivi.

L’Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991) comprende 35 item finalizzati alla valutazione di alcune dimensioni che potrebbero essere direttamente coinvolte nei problemi di condotta e di delinquenza giovanile: Rinforzi Positivi, Coinvolgimento dei Genitori nelle attività del figlio, Scarso Monitoraggio e Supervisione, Disciplina Incoerente e Punizioni

Fisiche. Del questionario sono disponibili anche altre versioni, tra cui quella di autocompilazione e l'intervista telefonica, entrambe destinate sia al bambino che al genitore.

I ricercatori possono scaricare e utilizzare l'APQ gratuitamente sul sito <http://psyc.uno.edu/Frick%20Lab/APQ.html>.

The **Parenting Sense of Competency Scale (PSOC)** (Johnston & Mash, 1989) è uno degli strumenti usati più frequentemente per misurare l'efficacia genitoriale (Jones e Prinz, 2005). La PSOC contiene due subscale che consentono di valutare l'efficacia genitoriale (quanto i genitori si sentono capaci e competenti nel loro ruolo; 7 item) e la soddisfazione (quanto i genitori si sentono motivati nel loro ruolo; 9 item).

Il **Family Strain Index (FSI)** (Riley et al., 2006) è un breve questionario composto da 6 item che analizza gli effetti della presenza di un bambino affetto da ADHD nel contesto familiare. Si chiede ai genitori di valutare la frequenza delle manifestazioni contenute in ogni item in riferimento alle quattro settimane precedenti, utilizzando una scala Likert a 5 punti (0=mai, 1=quasi mai, 2=qualche volta, 3=quasi sempre, 4=sempre).

Il **General Health Questionnaire (GHQ-12)** (Goldberg & Williams, 1988), composto da 12 item, fornisce una breve misurazione in forma di autovalutazione sui disturbi comuni di salute mentale, e può essere impiegato per valutare il benessere dei genitori. Secondo Romppel (Romppel et al., 2012) il GHQ-12 è in grado di misurare lo stress psicologico dei genitori con un'enfasi sui sintomi depressivi.

Il **Parent Stress Index (PSI)** (Abidin, 1995) è uno strumento di misurazione diagnostica e di screening, basato sul presupposto che lo stress presente nell'interazione sia generato dalle caratteristiche del bambino ma anche da quelle del genitore. Esso è impiegato per valutare lo stress del genitore, dovuto al suo stesso comportamento, alle caratteristiche del bambino e alle loro interazioni.

Il PSI indaga tre principali domini di fattori stressanti: 1. Distress genitoriale (valuta il livello di distress che un genitore sta sperimentando nel suo stesso ruolo, inteso come derivante da fattori personali direttamente collegati a tale ruolo); 2. Interazione genitore-bambino disfunzionale (focalizzata sul fatto che il genitore che percepisce il figlio come non rispondente alle proprie aspettative e inoltre le interazioni con il bambino non lo rinforzano come genitore.); 3. Bambino difficile: focalizzata su alcune caratteristiche fondamentali del comportamento del bambino, che lo rendono facile o difficile da gestire e che hanno spesso origine nel suo temperamento.

Di tale questionario di autovalutazione esistono sia versione una breve che una estesa, quest'ultima in grado di indagare il livello di stress del genitore in relazione alle caratteristiche del figlio, la complessità della gestione di alcune specifiche situazioni e le reazioni ansiose nell'esercizio del ruolo genitoriale e nel rapporto genitore-figlio. Nella versione breve si ottengono alcuni indici convertiti in percentuali che si riferiscono allo stress genitoriale (ansia, malessere, reazioni negative, eventi quotidiani stressanti ecc.), rapporto genitorebambino disfunzionale, caratteristiche del bambino difficile e un indice dello stress generale.

La versione di Abidin e Santos del 2003 comprende 108 item distribuiti in due domini, quello del bambino e quello del genitore. Quest'ultimo valuta le caratteristiche personali dei genitori e le variabili del contesto familiare che hanno un impatto sulla capacità di gestire compiti e richieste:

- senso di competenza;
- attaccamento;
- restrizione del ruolo;
- depressione;
- rapporto moglie/marito; - isolamento sociale; - salute.

I domini del bambino valutano le sue stesse caratteristiche e il modo in cui i genitori percepiscono su loro stessi le conseguenze delle caratteristiche del figlio:

- distrazione/iperattività;
- rinforzi dei genitori;
- umore;
- accettazione; - adattamento; - autonomia.

Il **Senso di competenza dei genitori** (Vio et al., 1999) è un questionario di autovalutazione che esplora, tramite l'utilizzo di una scala Likert che va da 1 a 6, la percezione di autoefficacia nell'uso delle strategie educative e il senso di soddisfazione che si ha nei confronti del proprio ruolo genitoriale.

La **Parenting Scale** (PS) (Arnold et al., 1993) consente una misurazione dello stile dei genitori nelle situazioni che richiedono l'applicazione della disciplina. La scala utilizza tre dimensioni: Lassismo (disciplina permissiva); Reattività eccessiva (disciplina autoritaria, caratterizzata da rabbia, cattiveria e irritabilità) e Verbosità (rimproveri eccessivamente lunghi e parlare di continuo). È uno strumento di autovalutazione composto da 30 item su scala Likert a 7 livelli, in cui 7 indica un'alta probabilità di commettere errori di disciplina, e 1 suggerisce al contrario la probabilità di aver usato una strategia di disciplina alternativa ed efficace. La consistenza interna e l'affidabilità della misura risultano adeguate, ed i punteggi più alti indicano uno stile di disciplina maggiormente valido.

La **Parent Problem Checklist** (Dadds & Powell, 1991) è uno strumento che valuta il disaccordo tra i due genitori riguardo l'educazione dei figli, cioè l'abilità nel collaborare all'interno della gestione familiare. La checklist è formata da 16 item e fornisce un indice del disaccordo esistente tra i genitori nell'ambito dell'applicazione della disciplina.

L' **Egna Minnen Beträffande Uppfostran** (EMBU-P) (Perris et al., 1980, riveduto da Castro, Pablo, Gómez et al., 1997) è un questionario in grado di esaminare le impressioni dei genitori riguardo i loro metodi educativi. L'EMBU prevede la valutazione delle aree del Supporto Emotivo, del Rifiuto e del Controllo.

Lo **School Situations Questionnaire** (SSQ) (Barkley & Edelbrock., 1987) consiste in un set di 12 domande alle quali gli insegnanti rispondono utilizzando una scala Likert a 9 punti, in relazione al grado di severità del problema descritto nella domanda stessa (1=lieve; 9=grave). Lo SSQ misura il comportamento del bambino in termini di autocontrollo e mantenimento dell'attenzione, rendendo possibile l'esplorazione degli atteggiamenti più problematici che si presentano nelle situazioni scolastiche quotidiane. Il questionario è considerato uno strumento rilevante che deve essere accompagnato da altre misure nella valutazione dei bambini con ADHD nelle scuole.

La **Social Support Satisfaction Scale** (Ribeiro, 1999) ha lo scopo di valutare il grado di soddisfazione individuale rispetto ai legami sociali. La scala permette rilevare la soddisfazione legata alle amicizie, alla sfera sentimentale e alle attività sociali.

Il **Life Experiences Survey** (Sarason, Johnson e Siegel, 1978) è destinato alla rilevazione dello stress che ha caratterizzato gli eventi vissuti dal soggetto nel corso dell'ultimo anno, nonché la desiderabilità di tali eventi e l'intensità del loro impatto sull'individuo stesso.

Il **Parenting Styles Inventory** (Gomide, 2006) è uno strumento focalizzato sull'analisi delle pratiche educative nei confronti del figlio che possono condurre verso comportamenti sia anti-sociali che pro-sociali. Le subscale di cui è composto sono: 1) monitoraggio positivo; 2) comportamento morale; 3) negligenza; 4) punizioni incostanti; 5) disciplina permissiva; 6) monitoraggio negativo; 7) abuso fisico.

L' **Adult-Adolescent Parenting Inventory** (AAPI-2) (Bavolek & Keene, 1999) consente l'identificazione di un indice di rischio legato a comportamenti e pratiche di abuso e negligenza

nei confronti dei bambini. Le 5 subscale di cui è composto indagano le seguenti aree: aspettative inappropriate, mancanza di empatia, punizioni fisiche, inversione dei ruoli e autonomia.

Il **Knowledge about Attention Deficit Disorder Questionnaire (KADD-Q)** (Sciutto et al., 2000) è una scala di valutazione composta da 41 item e destinata alla misurazione del livello di conoscenza dell'ADHD da parte degli insegnanti e delle loro percezioni errate riguardanti il disturbo. Il questionario indaga tre specifiche aree: sintomi/diagnosi dell'ADHD, conoscenza generale sulla natura, cause ed esiti dell'ADHD e possibili interventi sull'ADHD. Le risposte "corretto", "non so" e "non corretto" corrispondono rispettivamente a una conoscenza, a una mancanza di conoscenza e a una percezione errata dell'ADHD.

La **Student-Teacher Tension Checklist (STTC)** (Greene, Marchant, & Beszterczey, 1997) elenca una serie di comportamenti indicati dal DSM-IV come caratteristici dell'ADHD e del DOP. Gli insegnanti devono indicare il grado di frustrazione che tali comportamenti generano usando una scala da 1 a 5, in cui 1 vuol dire "il comportamento non causa tensione o frustrazione", e 5 indica "il comportamento causa estrema tensione o frustrazione".

L' **Index of Teaching Stress** (Greene et al., 1997) fu originariamente sviluppato come versione destinata agli insegnanti del Parenting Stress Index, nel quale essi rispondono a una serie di domande su un bambino target. Il questionario si articola in due parti: nella parte A, che elenca i problemi comportamentali più comuni nei bambini, gli insegnanti devono valutare la frequenza con la quale determinati comportamenti si presentano nel bambino target; nella parte B, il questionario richiede di esprimersi sull'impatto che il comportamento dello studente ha sull'efficacia dell'insegnamento e sulla soddisfazione nei confronti del loro ruolo (ibidem). Questo strumento è in grado di fornire una misurazione efficace del rapporto insegnante-bambino.

2.3. Strumenti inseriti nella categoria P x A

Le osservazioni sistematiche in classe forniscono la misurazione più affidabile del comportamento del bambino nell'ambiente scolastico, in considerazione del fatto che i resoconti degli insegnanti possono essere soggetti al cosiddetto "effetto alone" (Lauth et al., 2006). Nel corso dell'ultima decade, sono stati sviluppati e testati psicometricamente i codici di osservazione sistematica, al fine di identificare i comportamenti specifici in classe che permettono di distinguere gli studenti con ADHD dai loro coetanei che non presentano il disturbo (Abikoff et al., 2002; Platzman et al., 1992; Skansgaard & Burns, 1998).

Di solito l'osservazione del bambino si effettua durante più occasioni e in più contesti come la classe o l'area gioco, con lo scopo di stabilire la frequenza e/o la durata dei comportamenti target. La frequenza di tali comportamenti è successivamente confrontata con quella ottenuta dagli altri compagni per determinare in quale misura il comportamento del bambino in esame si discosta da quello dei suoi pari. I codici di osservazione diretta più usati sono:

Il **Classroom Observation Code (COC)** (Abikoff & Gittelman, 1985), usato nello studio sopracitato di Abikoff (Abikoff et al., 2002), fornisce categorie comportamentali per la valutazione dei bambini durante le attività svolte in classe. Il codice analizza le dimensioni comportamentali dei bambini, come distrarre i compagni o gli insegnanti, l'aggressività verbale e i movimenti inappropriati. È stato dimostrato che le categorie comportamentali del COC sono in grado di differenziare i bambini di scuola primaria "ipercinetici" da quelli normali (Abikoff et al., 1977, 1980).

Il COC valuta il manifestarsi di 12 comportamenti, mutualmente esclusivi, durante le ore scolastiche:

- disturbo (buffoneria, interrompere gli altri, parlare durante la lezione)
- disturbo all'insegnante (interruzione)
- comportamenti off-task (disattenzione protratta o distrazione)
- rifiuto d'obbedire (non attenersi alle istruzioni o alle richieste degli insegnanti)
- aggressività (aggressione fisica o distruzione di oggetti)
- aggressione verbale ai bambini (es. insulti, scherno e dare soprannomi)
- aggressione verbale all'insegnante (es. dare soprannomi e litigi)
- movimenti minori (movimenti da seduti o dondolare)
- grosso motori-stare in piedi (alzarsi dal posto senza permesso)
- grosso motori-vigorosi (correre, saltare)
- richieste insistenti (es. andare dall'insegnante o chiamarlo/a) - fuori posto (assenza prolungata dal proprio posto).

Esiste una tredicesima categoria, assenza di comportamento, usata quando nessuna delle suddette manifestazioni comportamentali compare durante il periodo di osservazione.

Per la maggior parte delle categorie si impiega una strategia di campionamento temporale modificata, così che venga segnato un punteggio solo alla prima occorrenza del comportamento in un intervallo di 15 secondi. Un criterio temporale è richiesto invece per le altre categorie (off-task, rifiuto d'obbedire, fuori posto, ecc.), e il comportamento viene rilevato se si manifesta lungo l'intero intervallo di 15 secondi.

La **Behavioral Observation of Students in Schools (BOSS)** (Shapiro, 1996) è un codice di osservazione che mira a valutare due categorie di coinvolgimento, ovvero momenti di coinvolgimento attivo (AET) e momenti di coinvolgimento passivo (PET), nonché tre categorie di non-coinvolgimento, off-task motorio (OFT-M), off-task verbale (OFT-V) e off-task (OFT-P). Una categoria supplementare è stata inclusa per valutare il tipo di contesto educativo (ad es. un alunno che lavora per conto suo in maniera indipendente, insegnante presente in un piccolo gruppo che non include il soggetto target). Lo studio di Junode e colleghi (Junode, DuPaul, Jitendra, Volpe & Cleary, 2006, p. 92) contiene una spiegazione esaustiva sulla differenza

esistente tra i due tipi di coinvolgimento: “*il coinvolgimento attivo è quell’insieme di momenti nei quali lo studente sta partecipando e rispondendo attivamente a un’attività svolta in classe, come scrivere, leggere ad alta voce, parlare con l’insegnante o i compagni del materiale scolastico; il coinvolgimento passivo riguarda l’insieme di momenti nei quali lo studente sta partecipando passivamente alle attività scolastiche (es. ascoltare una lezione, guardare il proprio foglio di lavoro, leggere silenziosamente un libro)*”.

La frequenza delle due classi di comportamento *on-task*: coinvolgimento attivo (Active Engagement Time - AET) e coinvolgimento passivo (Passive Engagement Time – PET), viene registrata e convertita successivamente in percentuali per ciascuno dei partecipanti. Ogni intervallo di osservazione ha una durata di 15 minuti, divisi in 60 intervalli della lunghezza di 15 secondi ciascuno; la frequenza degli AET e dei PET si ottiene utilizzando una procedura di *momentary time sampling* in cui si registra solo il comportamento (target) che occorre all’inizio di ogni intervallo di 15 secondi. I comportamenti *off-task* sono codificati secondo il metodo del *partial interval recording* secondo il quale l’occorrenza di ogni comportamento è registrata una sola volta durante ciascun intervallo.

Il **Behavior Assessment System for Children** (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1998) è uno strumento di valutazione multidimensionale destinato a bambini e ragazzi dai 2 anni e mezzo ai 18, che permette una misurazione di molti aspetti caratterizzanti i comportamenti maladattivi e adattivi, dall’interazione positiva con i pari ai movimenti ripetuti. Ognuno dei cinque componenti dello strumento (raccolta strutturata della storia evolutiva del soggetto, scala di valutazione per genitori, scala di valutazione per l’insegnante, autovalutazione della personalità e sistema di osservazione dello studente) possono essere somministrati separatamente o in combinazione tra loro. Per quanto concerne la metodologia di osservazione, è possibile codificare e registrare i comportamenti del bambino utilizzando una procedura di *momentary time sampling*. Il BASC risulta particolarmente utile in contesti clinici e di ricerca, ma può essere impiegato anche per condurre l’osservazione diretta all’interno di un assessment funzionale del comportamento (*Functional Behavioral Assessment*).

Lo **School Hybrid Observation Code for Kids** (SHOCK) (Volpe & Lorah, 2000) è uno strumento derivante dalla combinazione di due codici di osservazione molto noti, l’ADHS SOC di Gadow et al. (1996) e il famoso BOSS di Shapiro (1996) descritto in precedenza. Per una dettagliata descrizione della metodologia di tale codice, vedi DuPaul e Stoner (2003).

Al fine di formulare interventi scolastici che siano efficaci e precisi, numerosi altri schemi di codifica sono disponibili in letteratura (Volpe et al., 2005).

I **metodi sociometrici di gruppo** hanno lo scopo di analizzare le relazioni che intercorrono tra un individuo e il suo “gruppo di riferimento” (ad esempio la classe). Jacob Moreno (1934) è considerato comunemente il fondatore di questi metodi agli inizi del XX secolo.

Esistono diversi metodi sociometrici, tra i quali la nomina dei pari, la classifica dei pari o la valutazione e procedure alternative, tutti dotati di un alto livello di affidabilità e validità. Essi rappresentano inoltre, strumenti fortemente in grado di prevedere i futuri rapporti sociali del soggetto.

I metodi descritti da Coie (Coie et al., 1982) e da Newcomb e Bucowski (1983) sono quelli più in uso tra i ricercatori.

Nella metodologia di Coie (ibidem), gli esaminatori pongono le seguenti domande al gruppo di riferimento:

“Quali sono i tre bambini in questa stanza che ti piacciono di più?” e “Quali sono i tre bambini in questa stanza che ti piacciono di meno?”. I dati grezzi raccolti vengono standardizzati in punti Z in modo da calcolare la “preferenza sociale” e l’ “impatto sociale” di ciascuna delle persone facenti parte del gruppo di riferimento. Attraverso questo metodo, possono essere identificate 5 categorie di relazioni sociali, come descritto nella seguente tabella:

	Piace	Non piace
Popolare	Da molti	Da pochi
Rifiutato	Da pochi	Da molti
Isolato	-	-
Controverso	Da alcuni	Da altri
Status nella media	Alla media	Alla media

Nel metodo di Newcomb e Bucowski (ibidem) si chiede ai soggetti di “nominare le tre persone dello stesso sesso e della stessa classe considerati come migliori amici e le tre con le quali avrebbero voluto giocare di meno” (pp. 858). I livelli di accettazione e di rifiuto vengono identificati tramite l’applicazione di un criterio probabilistico, che prevede il confronto tra il numero di nomine ottenuto da un bambino e il valore ottenuto per caso.

La **Functional Assessment Checklist for Teachers (F.A.C.T)** (March, Horner, Lewis-Palmer, Brown, Crone, Todd, & Carr, 2000) è un’intervista creata per essere somministrata al personale scolastico, con lo scopo di costruire appositi piani comportamentali e di supporto per gli studenti, ma può essere inoltre una strategia efficiente per effettuare una prima analisi funzionale comportamentale. La F.A.C.T. può essere compilata da insegnanti, genitori e medici al fine di collaborare alla creazione di piani comportamentali di supporto e contribuire alla realizzazione di una più completa analisi funzionale.

Lo **Standardized ADHD School Observation Form** è un breve registro di osservazione comportamentale utile all’insegnante per monitorare il comportamento di uno studente target durante un lasso di tempo stabilito (Wright, 2002). I comportamenti target registrati sono: Off-task (incapacità di concentrarsi su lavori scolastici durante le ore di lezione), Non completamento di attività (incapacità di terminare i compiti assegnati), Fuori dal posto (incapacità di rimanere seduti durante le lezioni), Gridare (grida o verbalizzazioni inappropriate), Ripetitivi/Motori (movimenti ripetitivi come tamburellare sul tavolo o giocare con oggetti vari), Obbedienza (non obbedire alle richieste ragionevoli degli adulti). Lo strumento è utile per formulare piani di sostegno comportamentale personalizzati o per guidare l’analisi funzionale del comportamento.

Le **Daily Behavior Report Cards (DBRC)** sono comunemente usate per raccogliere informazioni sui comportamenti di uno studente e sono spesso basate sulla misurazione, su scala Likert, di dati raccolti in un lasso di tempo specifico. Le DBRC sono impiegate come strumenti di valutazione per analizzare l’effetto di un dato intervento e, nello stesso tempo, costituiscono un mezzo per effettuare un automonitoraggio comportamentale. Wright (2002) ha messo in luce la caratteristica fondamentale della versione standardizzata di tali strumenti, nella quale “*gli item di comportamento individuale possono essere accorpati a “classi di risposta” più ampie, composte da item comportamentali che co-variano*”. Ne consegue che le Daily Behavior Report Cards, specifiche per l’ADHD, permettono all’insegnante di valutare sei singoli item che possono essere raccolti nelle due classi di risposta maggiori: attenzione/produttività (item 1 e 2), iperattività/impulsività (item 3, 4 e 5), e un sesto usato per valutare la *compliance* dello studente in classe. Gli item delle DBRC per la valutazione dell’ADHD sono descritti nell’elenco che segue, estratto da Wright (ibidem):

1. Focalizza l’attenzione sulle attività scolastiche durante le lezioni.
2. Finisce i compiti assegnati.
3. Rimane seduto durante le ore scolastiche.
4. Evita grida o verbalizzazioni inappropriate (es. rumori inopportuni).
5. Evita movimenti ripetitivi, come tamburellare sul tavolo o giocare con oggetti.
6. Obbedisce alle richieste ragionevoli degli adulti.

Il Dyadic Parent Child Interaction Coding System (DPICS) (Robinson & Eyberg, 1981) è uno strumento finalizzato alla valutazione del comportamento materno e delle interazioni tra il bambino in età prescolare e i genitori. Il metodo di osservazione prevede due sessioni di 5 minuti (interazione diretta del bambino e interazione diretta del genitore) durante le quali bambini e genitori vengono osservati in un ambiente di gioco. Il DPICS comprende 24 categorie comportamentali del bambino e del genitore: la categoria dei “comportamenti genitoriali” del sistema di codificazione include codici per gli Elogi, Comandi, Verbalizzazioni e Risposte al comportamento del bambino; i codici Devianza del bambino e Risposta ai Comandi sono contenuti all’interno della categoria “Comportamenti del Bambino”. L’area “Affetto di bambini e genitori” comprende codici relativi alle espressioni positive/negative e verbali/non verbali dirette al bambino da parte del genitore e viceversa.

Il Behavioral Coding Schema (BCS) (Forehand & McMahon, 1981) ha lo scopo di valutare le capacità di interazione nei genitori di bambini dai 3 ai 6 anni di età e può essere utilizzato in un contesto medico o familiare come strumento valutazione all’interno di un programma di parent training. Se applicato in ambito medico, il genitore viene coinvolto in una sessione di gioco che dura 2-5 minuti ed è composta dal “Gioco del bambino” e dal “Gioco del genitore”. Nella prima sessione di gioco libero, un osservatore registra dietro uno specchio unidirezionale la capacità del genitore di seguire le iniziative del bambino evitando di imporgli delle regole; nella seconda parte, invece, si analizza l’abilità del genitore di dare comandi appropriati e di ricevere risposte accondiscendenti dal bambino. Il metodo prevede l’osservazione di 6 comportamenti genitoriali (partecipazione/cura, ricompense verbali, domande, avvertimenti, istruzioni chiare o poco chiare) e di 3 comportamenti del bambino (compliance, assenza di compliance, adeguatezza del comportamento). La registrazione, di tipo *time based*, si effettua usando un intervallo di 30 secondi. Il foglio di notazione del punteggio consente all’osservatore di registrare l’occorrenza delle interazioni genitore-bambino e del comportamento messo in atto da entrambi. Al termine della prima sessione, i dati vengono convertiti in percentuale relativa alla comparsa, al minuto, di un determinato comportamento del genitore, assieme ad un’ulteriore percentuale riguardante i comportamenti inappropriati del bambino. Alla fine della seconda sessione, si stila una sintesi dei dati raccolti calcolando il numero totale di istruzioni (chiare e poco chiare) fornite dal genitore, in combinazione con la percentuale di aderenza del bambino alle istruzioni, con la percentuale di partecipazione del genitore, più le ricompense verbali a seguito di *compliance* del bambino e il numero totale di *timeout*.

Come già accennato, il BCS può essere applicato anche in un contesto di osservazione familiare, al fine di rilevare le interazioni bambino-genitore e i comportamenti che si manifestano in entrambi i soggetti all’interno del proprio ambiente.

Il Parenting Clinical Observational System (P-COS) (Hill et al., 2008) è uno strumento di valutazione diretta del parenting che si articola in tre domini: 1) Coinvolgimento attivo/sensibile; 2) Disciplina Costruttiva (Fermezza, Strategie comportamentali positive, Flessibilità); 3) Disciplina problematica (Comportamento ostile, Disciplina verbalmente aggressiva, Disciplina fisica, Lotte di potere, Incongruenza emotiva, Intensità del sentimento di rabbia/irritabilità, Prevalenza del sentimento di rabbia/irritabilità).

Il Peer Social Behavior Code (PSBC) è una valida procedura di codifica basata su intervalli che consente un’osservazione diretta del comportamento sociale del bambino. Il codice fa parte dell’innovativo Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD) di Walker e Severson (1992), adatto a bambini di scuola elementare. Il PSBC consiste in una serie di intervalli di 10 secondi che possono essere registrati su un modulo contenente spazi per 40 diversi intervalli. Per l’osservazione, della durata di 15 minuti, sono stati scelti momenti di gioco libero come la ricreazione. La procedura comprende cinque categorie di registrazione:

- Coinvolgimento Sociale;
- Partecipazione (il comportamento può essere codificato sia come positivo (+) che come negativo (-)).
- Gioco Parallelo;

- Gioco Solitario (il comportamento viene codificato spuntando l'apposita casella).
- Risposta Non Codificabile (in questo caso, la casella del comportamento viene spuntata quando il bambino si trova fuori dal campo visivo o segnata con un punto se il soggetto interagisce con un adulto piuttosto che con un suo pari).

Per ulteriori dettagli, consultare il lavoro di Merrel (2001) disponibile sul sito http://www.lionsquest.org/pdfs/merrel_articles.pdf

Riferimenti bibliografici

- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental—Manual* (Parenting stress index— manual). CEGOC, Lisboa.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index Short Form Test Manual*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., . . . Hinshaw, S. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of abnormal child psychology*, 30(4), 349-359.
- Abikoff, H., & Gittelman, R. (1985). Classroom observation code - a modification of the stonybrook code. *Psychopharmacol Bull*, 21, 901-909.
- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R., & Klein, D. F. (1977). Validation of a classroom observation code for hyperactive children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 772-783.
- Abikoff, H., Gittelman-Klein, R., & Klein, D. F. (1980). Classroom observation code for hyperactive children: A replication of validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 555-565.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Integrative Guide for 1991 CBCL/4-18 YSR and TRF Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arnold, E., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. & Acker, M. M., (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2)137-144.
- Barkley, R. (1997). *Defiant Children: a Clinician's manual for Parent Training* (Second Edition). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Edelbrock, C. S. (1987). Assessing situational variation in children's behavior problems: The Home and School Situations Questionnaires. In R. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 3, pp. 157-176). Greenwich, CT: JAI Press.
- Barkley, R. A., & Edwards, G. (2006). Diagnostic interview, behavior rating scale and the medical examination. In R. A. Barkley, *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., 337-368). New York: Guilford Press.
- Bavolek, S. J., & Keene, R. G. (1999). *Adult-Adolescent Parenting Inventory – AAPI-2: Administration and Development Handbook*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- Biancardi, A., & Stoppa, E. (1997). Il test delle campanelle modificato (TCM) una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 64, 73-84.
- Blanchard, J. J., & Brown, S. B. (1998). Structured Diagnostic Interview Schedules. In: Alan S. Bellack and Michel Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*. Pergamon, Oxford (97-130). doi: 10.1016/B0080-4270(73)00003-1
- Brown, T.E. (2001). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Children and Adolescents*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., & Swanson, J.

- M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms - Psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317-328. doi: 10.1177/1073191107313888
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M., & Offord, D. (1988). Ontario Child Health Study – reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97 – 104.
- Cabeleira, L. C. J. (2009). *As dificuldades de leitura em alunos com ADHD*. Unpublished master's thesis. Universidade Fernando Pessoa. Available at: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1566/1/dm_luisacabeleira.pdf
- Cairns, F. D., & Cammock, J. (1978). Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology*, 5, 555-560.
- Castro, L., Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A., & Toro, J. (1997). Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU. *Soc. Psychiatry Psychia. Epidemiol.*, 32, 230-235.
- Cianchetti, C., Sannio Fancello, G. (2001). *Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA)*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Coie, J. D., Dodge, K. A., & Coppotelli, H. (1982). Dimensions and types of status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, 18, 557-570.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' rating scales - Revised: Technical manual*. Toronto, Multi-Health System.
- Cornoldi, C., & Cazzola, C. (2000). *Test AC-MT 11-14. Test di valutazione delle abilità di calcolo e problem-solving dagli 11 ai 14 anni*. Trento, Erickson.
- Cornoldi, C., & Colpo, G. (1998). *Prove di lettura MT per la scuola elementare- 2*. Firenze, Giunti Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C. & Colpo, G. (1995). *Nuove Prove di lettura MT per la Scuola media Inferiore*. Firenze, Giunti Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi, C., Gardinale, M., Pettendò, L., & Masi, A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Trento, Erickson.
- Cornoldi, C., Lucangeli, D., & Bellina, M. (2002). *Test AC-MT 6-11 Test di valutazione delle abilità di calcolo e soluzione dei problemi*. Trento, Erickson.
- Cornoldi, C., Molin, A., & Marcon, V. (2004). Il questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI. *Difficoltà di apprendimento*, 9(3), 391-412.
- Cornoldi, C., Pra Baldi, A., & Friso, G. (2010). *MT Avanzate -2 di lettura e matematica per il biennio della scuola secondaria di II grado*. Firenze, Giunti O.S.
- Dadds, M. R., & Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(5), 553-567.
- Daley, D., Sonuga-Barke, E., & Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 53-67.
- Di Nuovo, S. (2000). *Attenzione e concentrazione. 7 test e 12 training di potenziamento*, CD-ROM. Trento, Erickson.
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment & intervention strategies* (2nd ed.). NY: Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Fabiano, G. A., Pelham, Jr, W. E., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M., ... & Burrows-MacLean, L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 369-385. doi: 10.1207/s15374424jccp3503_3
- Farré, A. F., & Narbona, J. N. (2003). *EDAH: escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: manual 5º ed.* Madrid: TEA.
- Forehand, R., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training.* New York: Guilford.
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama Parenting Scale, Unpublished Rating Scale*, University of Alabama.
- Furman, W., & Giberson, R. S. (1995). Identifying the links between parents and their children's sibling relationships. In S. Shurman (Ed.), *Close Relationships in Socio-emotional Development* (pp. 95-108). Norwood, NJ: Ablex.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., & Nolan, E. E. (1996). *ADHD School Observation Code.* Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. A. (1988). *User's guide to the General Health Questionnaire.* Basingstoke: NFER-Nelson; 1988
- Gomes, A., Lopes, C.M., & Silva, C.F. (2010). EDAH, Escalas para a avaliação do Déficit de Atenção com Hiperactividade, de A. Farré e J. Narbona. *Manual Técnico* (1ª edição Portuguesa). Lisboa: CEGOC – TEA.
- Gomide, P. I. C. (2006). Inventário de Estilos Parentais – Percorso de Padronização e normatização. *Psicologia Argumento*, 25(48), 15-26.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Greenberg, M. D., & Waldman, I. D. (1993). Developmental Normative Data on The Test of Variables of Attention (T.O.V.A.). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 1019-1030.
- Greene, R. W., Beszterczey, S. K., Katzenstein, T., Park, K., & Goring, J. (2002). Are students with ADHD more stressful to teach? Patterns of teacher stress in an elementary school sample. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(2), 79-89. doi: 10.1177/10634266020100020201
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social skills rating system manual.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children.* Denver, CO: University of Denver.
- Heaton, S. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test (WCST) manual, revised and expanded.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hill, C., Maskowitz, K., Danis, B., & Wakschlag, L. (2008). Validation of a Clinically Sensitive, Observational Coding System for Parenting Behaviors: The Parenting

Clinical Observation Schedule. *Parenting*, 8(2), 153–185.
doi:10.1080/15295190802045469

JGCM 200 (2012). *International Vocabulary of Metrology (VIM)*. Bureau International des Poids et

Mesures. Retrieved from

http://www.bipm.org/utils/common/documents/jcgm/JCGM_200_2012.pdf

John, K., Gammon, D. G., Prusoff, B. A., & Warner, V. (1987). The Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents (SAICA): testing of a new semistructured interview. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 898-911. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3429410>

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.

Junod, R. E. V., DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., & Cleary, K. S. (2006). Classroom observations of students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology*, 44(2), 87–104.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7), 980-8.

Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Landgraf, J. M., Abetz, L., Ware, J. E. (1999). *The CHQ User's Manual*. Boston, MA: Health Act.

Lauth, G., Heubeck, B., & Mackowiak, K. (2006). Observation of children with attention deficit hyperactivity (ADHD) problems in three natural classroom contexts. *British Journal of Educational Psychology*, 76(2), 385-404.

Leiter, R.G. (1979). *Instruction manual for the Leiter International Performance Scale*. Stoelting Co., Wood Dale, IL.

Levine, M.N. (1982). *Leiter International Performance Scale: A handbook*. Western Psychological Services, Los Angeles, CA.

Lopes, C. M. A. (2009). *Escala de avaliação do distúrbio de défice de atenção/hiperactividade: Estudo para a aferição à população portuguesa (ADHD assessment scale: validation for portuguese population)*. (Unpublished master's thesis). Departamento de Educação da Universidade de Aveiro. Available at:

<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1050/1/2010000288.pdf> Lucangeli, D., Tressoldi, P.

E., & Fiore, C. (1998). *Test ABCA*. Trento, Erickson.

Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., Turner, A., Watson, P., & Roberston, I. H. (2001). The differential assessment of children's attention: The Test of Attention in Children (TEA-Ch), normative sample and ADHD performance. *Journal of Child Psychiatry*, 42 (8), 1065-1081.

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. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.

March, R., Horner, R., Lewis-Palmer, T., Brown, D., Crone, D., Todd, A., et al. (2000). *Functional assessment checklist for teachers and staff (FACTS)*. Eugene, OR: Educational and Community Supports.

- Marcotto, E., Paltenaghi, B., & Cornoldi, C. (2002). La scala IPDDAI: contributo per la costruzione di uno strumento per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività. *Difficoltà di apprendimento*, 153-172.
- Margison, F. R. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 123–130. doi:10.1192/bjp.177.2.123
- Marzocchi, G. M., Oosterlaan, J., De Meo, T., Di Pietro, M., Pezzica, S., Cavolina, P., et al. (2001). Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I). *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 21, 378-393.
- Marzocchi, G. M., Portolan, S., & Usilla, A. (2006). *Autoregolare l'attenzione*, CD-ROM. Trento, Erickson.
- Marzocchi, G. M., Re, A.M., Cornoldi, C. (2010). *BIA-Batteria Italiana per l'ADHD*. Trento, Erickson.
- Merrel, K.W. (2001). Assessment of Children's Social Skills: Recent Developments, Best Practices, and New Directions. *Exceptionality*, 9(1&2), 3–18. Retrieved from http://www.lionsquest.org/pdfs/merrel_articles.pdf
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Moreno, Jacob L. (1934). *1953 Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Rev. & enl. ed. Beacon, N.Y.: Beacon House.
- Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (1983). Social impact and social preference as determinants of children's peer group status. *Developmental Psychology*, 19, 856-867.
- Ollendick, T. H. & Greene, R. W. (1998). Principles and Practices of Behavioral Assessment with Children. In: Alan S. Bellack and Michel Hersen (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology*. Pergamon, Oxford (131-155). doi: 10.1016/B0080-4270(73)00012-2
- Pelham, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449–476.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 210-218.
- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive Functions and Developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand.*, 61, 265-274.
- Platzman, K. A., Stoy, M. R., Brown, R. T., Coles C. D., Smith, I. E., & Falek A. (1992). Review of Observational Methods in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Implications for Diagnosis. *School Psychology Quarterly*, 7(3), 155-177.
- Raven, J., & Court, J. H. [Eds] (1989). Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. Research Supplement 4. Normative, Reliability and Validity Studies References. London: H.K. Lewis and Co. Ltd.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *Behavioral assessment system for children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Ribeiro, I. C. M. (2011). *ADHD*. (Unpublished master's thesis). Escola Superior de Educação

- Almeida Garrett. Available at:
<http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1499/1/Disserta%20c3%a7%20Completa%202011.pdf>
- Riley, A. W., Lyman, L. M., Spiel, G., Doepfner, M., Lorenzo, M. J., Ralston, S. J., & Grp, A. S. (2006). The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with AND. *European child & adolescent psychiatry*, 15, 72-78. doi: 10.1007/s00787-006-1010-0
- Robinson, E., & Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 245–250. Manual and measure available at <http://www.incredibleyears.com/Measures/dpicsmanual.pdf>
- Romppel, M., Braehler, E., Roth, M., & Glaesmer, H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing? *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 406–413. doi:10.1016/j.comppsy.2012.10.010
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I., Bransome, E. D., & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Sandford, J. A., & Turner, A. (1995). *Intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test*. Richmond, VA: Braintrain, Inc.
- Sarason, I., Johnson, J., & Siegel, J. (1978). Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.
- Sartori, G., Job, R., & Tressoldi, P. E. (2007). *DDE-2 Batteria per la Valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva*. Firenze, Giunti O.S.
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115–122.
- Shapiro, E.S. (1996). *Academic skills problems workbook: Direct assessment and Intervention* (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Shure, M. B., & Spivack, G. (1972). Means-ends thinking, adjustment, and social class among elementary-school aged children. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 38, 348-353.
- Skansgaard, E. P., & Burns, L. (1998). Comparison of DSM-IV ADHD combined and predominantly inattentive types: Correspondence between teacher ratings and direct observations of inattention, hyperactivity/impulsivity, slow cognitive tempo, and ODD and overt CD symptoms. *Child and Family Behavior Therapy*, 20, 1-14.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Sprafkin, R. P., McGinnis, E., Goldstein, A. P., & Gershaw, N. J. (2002). *Manuale di insegnamento delle abilità sociali*. Trento, Erickson.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., . . . Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of

- treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 168-179. doi: 10.1097/00004583200102000-00011
- Tressoldi, P. E., & Cornoldi, C. (1991). *Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica nella scuola dell'obbligo*. Firenze, Giunti O.S.
- Van der Oord, S., Van der Meulen, E. M., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., Buitelaar, J. K., & Emmelkamp, P. M. G. (2005). A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(6), 733–46. doi:10.1016/j.brat.2004.06.004
- Vio, C., Marzocchi, G., & Offredi, F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Trento, Erickson.
- Volpe, R. J., & Lorah, K. S. (2000). *The Systematic Hybrid Observation Code for Kids (SHOCK)*. Bethlehem, PA: Department of Education and Human Services, Lehigh University.
- Volpe, R. J., Di Perna, J. C., Hintze, J. M., & Shapiro, E. S. (2005). Observing Students in Classroom Settings: A review of Seven Coding Schemes. *School Psychology Review*, 34(4), 454-474.
- Walker, H. M., & Severson, H. (1992). *Systematic Screening for Behavior Disorders*. Longmont, CO: Sopris West.
- Wechsler, D. (1991). *The Wechsler intelligence scale for children—third edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wolraich, M. L., Feurer, I. D., Hannah, J. N., Baumgaertel, A., & Pinnock, T. Y. (1998). Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorders utilizing DSM-IV. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 141-152.
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Dotting, M. A., et al. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 559 – 567.
- Wright, J. (2002). *ADHD: A School-Based Evaluation Manual*. Retrieved from <http://www.jimwrightonline.com/pdfdocs/adhdManual.PDF>