

La scala COM – Un agile strumento per l'evidenziazione da parte dell'insegnante di problematiche associate al disturbo di attenzione/iperattività

Cornoldi, C., Molin, A., & Marcon, V. (2004). Il Questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI. *Difficoltà di apprendimento*, 9, 391-412.

Introduzione

In questo lavoro presentiamo uno strumento che pensiamo possa essere utile per la scuola e per i Servizi in tutti i casi in cui si rilevano problematiche emozionali e affettive in particolari allievi. La scuola infatti costituisce un osservatorio privilegiato del comportamento quotidiano del bambino in situazioni non sempre facili dal punto di vista emotivo, cognitivo e sociale. L'insegnante, grazie alla sua esperienza e alla esposizione prolungata col bambino, può riconoscere elementi di problematicità che potranno costituire il punto di partenza per un approfondimento diagnostico e la implementazione, nei vari contesti, di procedure adeguate di aiuto.

Nel caso particolare dello strumento qui presentato, la scala COM, ci siamo focalizzati su una serie di problematiche, quali depressione, ansia, disturbi esteriorizzanti, che sono rilevanti non solo per se stessi, ma anche per la loro frequente associazione col disturbo di attenzione/iperattività (DDAI) (Barkley, 1997; Brown, 2000; Pliszka, Carlson & Swanson, 1998). Consigliamo quindi di valersi della scala sia per i bambini che presentano un profilo DDAI, sia –più in generale- per i bambini per i quali si rilevano problematiche emozionali o comportamentali. La scala, come si vedrà, è di estrema semplicità e quindi può essere utilizzata agevolmente anche da insegnanti che abbiano una certa esperienza in proposito. E' chiaro d'altra parte che la scala COM non può essere considerata un vero strumento diagnostico, ma soltanto un primo aiuto per un percorso d'avviare col bambino.

Sara è una bambina di undici anni, frequenta la prima media e presenta dei comportamenti preoccupanti, secondo gli insegnanti: entra in classe sempre per ultima, trafelata, in perenne ritardo, con la cartella semiaperta, portando con sé un leggero scompiglio poiché sovente dimentica a casa libri e quaderni; lascia in giro le proprie cose che cerca di ritrovare, successivamente, disturbando tutta la classe. Spesso è con la testa tra le nuvole, tanto da apparire sorpresa se l'insegnante le rivolge la parola, non termina i compiti assegnati, mostra lentezze e difficoltà negli apprendimenti non giustificati dalla sua intelligenza, che appare vivace e pronta ad una prima impressione. Si preoccupa se si sente osservata e, a volte, accusa malesseri. Gli insegnanti sono molto insoddisfatti del suo rendimento scolastico, chiedono una maggiore concentrazione, un impegno più continuo nei compiti scolastici e, soprattutto, un comportamento più ordinato e sistematico.

Sara è sempre stata una bambina "difficile", un po' ansiosa e timida secondo i genitori e i precedenti insegnanti, tuttavia "tranquilla", con difficoltà e discontinuità nell'apprendimento, anche se con risultati nell'insieme accettabili. La segnalazione tardiva, dunque, deriva dal fatto che non era stata presa in considerazione la possibilità di trovarsi di fronte ad un disturbo di apprendimento, né tanto meno di essere di fronte ad un caso di disturbo da deficit di attenzione, associato ad uno stato emotivo ansioso. La presenza di più sintomi che afferiscono a quadri diagnostici diversi, in uno stesso soggetto, non è un evento poco frequente, anzi è quasi la norma, secondo quanto tipicamente osservato.

Molti clinici e studiosi parlano, appunto, di **comorbilità o comorbidità** (in inglese *comorbidity*) per indicare la presenza, nello stesso soggetto, di due o più sindromi e sono molto cauti nell'interpretare questo fenomeno. Il problema sottostante riguarda la questione di come considerare i diversi sintomi, oggetto di valutazione diagnostica. Si tratta di modalità espressive ampie e diversificate di una stessa patologia oppure di manifestazioni appartenenti a quadri clinici differenti, tuttavia compresenti? E ancora: tali manifestazioni sono una la causa dell'altra o sono indipendenti?

E' pur vero che certe associazioni sono particolarmente frequenti tanto da far supporre uno stretto legame; tuttavia un atteggiamento prudente, di fronte alla complessità di certi quadri diagnostici, suggerisce di interpretare la comorbilità come compresenza di sindromi ed è a questa linea che ci siamo attenuti nella preparazione e nelle prime sperimentazioni del questionario "COM" che presentiamo. "COM" sta appunto ad indicare il termine "Compresenza", ovvero l'associazione tra diverse sindromi contemporaneamente presenti.

L'approccio che proponiamo si basa su una caratterizzazione fenomenica del soggetto, una descrizione che si rivela non solo utile sul piano diagnostico/prognostico, ma anche necessaria come punto di partenza del trattamento. Vogliamo ricordare che gli scopi principali della costruzione del questionario "COM" sono:

- creare uno strumento agile e in grado di utilizzare le conoscenze degli insegnanti che osservano e interagiscono con il bambino da molto tempo, in situazioni "naturali",
- fornire indicazioni che aiutino e guidino nella progettazione di un trattamento.

Infatti, è diverso operare con un ragazzino che presenta il solo disturbo da deficit attentivo e iperattività (DDAI), dall'intervenire su un altro che, con le stesse caratteristiche, presenta anche un disturbo oppositivo provocatorio, che rende tutto più problematico e di difficile gestione. I disturbi DDAI sono particolarmente resistenti al trattamento per cui molte proposte riabilitative avanzate non sembrano particolarmente efficaci, se usate da sole e se non sono modulate sulle diverse manifestazioni associate ai disturbi che caratterizzano il bambino.

I disturbi associati al DDAI

L'associazione tra disturbi è trasversale quando, nello stesso soggetto, si manifestano contemporaneamente sintomi di due o più disturbi, oppure longitudinale quando compaiono in successione. La compresenza trasversale è particolarmente elevata nei soggetti con DDAI. Tuttavia, alcuni autori ipotizzano anche una compresenza longitudinale, che aggrava la situazione.

Nella tabella sottostante vengono riportati i disturbi che hanno una maggiore compresenza con il disturbo da deficit attentivo e iperattività, in età evolutiva. Per una lettura più chiara e immediata di tale disturbo, facciamo qui riferimento al sistema classificatorio standard previsto nel DSM-IV e sostanzialmente utilizzato anche nel sistema ICD-10 predisposto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Disturbi più frequentemente associati al Disturbo da Deficit Attentivo e Iperattività (DDAI)

1. disturbi di apprendimento
2. problematiche associate all'autostima
3. disturbo oppositivo provocatorio
4. disturbo della condotta
5. ansia
6. autismo ad alto funzionamento
7. disturbo di Tourette

Tra i disturbi associati, i più frequenti sono quelli dell'apprendimento (tra il 50% e l'80% secondo stime ricorrenti) e le problematiche relative alla bassa stima di sé. Nel caso del disturbo specifico di apprendimento, appare evidente il dislivello tra quello che il bambino potrebbe acquisire (potenziale intellettuale) e gli effettivi obiettivi che riesce a raggiungere in campo scolastico. Alle difficoltà scolastiche, possono associarsi problemi relativi alla percezione e interazione sociale, accompagnati da bassa autostima legata ad una storia più o meno lunga d'insuccesso.

Munir et al. (1987) stimano una percentuale di compresenza DDAI e Disturbo della Condotta pari a 36% e al 59% per il Disturbo Oppositivo Provocatorio. Nel **Disturbo della Condotta** (DC) si assiste ad una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui diritti fondamentali degli altri oppure norme e regole condivise della società vengono violate (DSM-IV). Il comportamento dei bambini con questo disturbo è caratterizzato da aggressività, prepotenza e distruttività. Spesso essi danno inizio a colluttazioni fisiche, rubano oggetti agli altri, sono crudeli con animali e/o persone, mentono per ottenere vantaggi.

Il **Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)** è, invece, una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente ed ostile nei confronti di figure dotate di autorità. Il comportamento del bambino in questo caso è caratterizzato da collera, ira, sfida nei confronti dell'autorità, ipersensibilità. Spesso il bambino accusa gli altri dei propri errori o attribuisce ad altri le proprie colpe. In ogni caso, le conseguenze di questi comportamenti non sono particolarmente gravi e non mettono mai in pericolo altre persone o il bambino/ragazzino stesso, come invece può accadere nel Disturbo della Condotta.

L'idea che il Disturbo Oppositivo Provocatorio sia una forma lieve di Disturbo della Condotta e che spesso ne preceda l'avvento ha portato molti ricercatori a considerare insieme i due disturbi nella loro relazione con il DDAI. Nel caso di comorbidità con il DDAI c'è un'esacerbazione dei sintomi: i bambini sono più aggressivi, più ansiosi, hanno una minore autostima e sono più a rischio di sviluppare depressione, hanno relazioni povere con il gruppo dei pari e più spesso risultano tra i bambini "rifiutati", hanno più problemi scolastici e comportamenti antisociali (Stahl e Clarizio, 1999). Il periodo di rischio maggiore è la preadolescenza; spesso in corrispondenza all'attenuarsi dei sintomi di iperattività e impulsività, infatti, compaiono o si intensificano i sintomi di aggressività tipici dei disturbi da comportamento dirompente (Loeber e Keenan, 1994).

Un altro disturbo associato al DDAI è la **Sindrome di Tourette**, un disturbo che fa parte dei disturbi da Tic ed è caratterizzato da movimenti - e/o vocalizzazioni - improvvisi rapidi, ricorrenti, aritmici, stereotipati e involontari. Il disturbo è molto raro, si manifesta in circa 4-5 soggetti su 10.000, in prevalenza maschi; tuttavia è molto più frequente, con una comparsa da 4 a 10 volte superiore, nel gruppo di bambini con DDAI. Circa il 40-50% dei soggetti con Sindrome di Tourette manifesta anche i sintomi di iperattività e disattenzione; in molti casi i sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività precedono di alcuni anni la comparsa dei Tic. Confrontando i soggetti con comorbidità e quelli con forme pure di Tourette si nota come nel primo gruppo vi siano un'acutizzazione dei sintomi esternalizzanti, più problemi con i pari e maggiori difficoltà nell'adattamento. I soggetti sono più aggressivi, reagiscono in maniera sproporzionata alle provocazioni, mostrano di avere scarsa autostima, un'immagine negativa di sé, sono irritabili, scarsamente tolleranti alle frustrazioni e presentano deficit di inibizione e problemi cognitivi (Stephens e Sandor, 1999).

Sia nel DSM-IV che nell'ICD-10 la diagnosi di Autismo esclude quella di DDAI; nonostante questo le ricerche che mettono a confronto i soggetti con le due sindromi e in particolare con l'**Autismo ad alto funzionamento** sono molto numerose.

Le caratteristiche fondamentali del disturbo autistico sono le seguenti: deficit nell'interazione sociale (scarso o nullo interesse per gli altri, mancanza di condivisione con altri di obiettivi, gioia o interessi), compromissione della comunicazione (ecolalia, stereotipie, ripetitività, compromissione di intonazione, ritmo e velocità) e modalità comportamentali ristrette, ripetitive e stereotipate. Alcuni comportamenti tipici dei bambini autistici si avvicinano molto ai sintomi del disturbo da deficit attentivo e iperattività. Anche i bambini autistici, infatti, spesso sono iperattivi, impulsivi, scarsamente attenti, possono essere aggressivi, autolesivi, presentare anomalie alimentari, del sonno, disturbi dell'umore o dell'affettività.

L'ambito di ricerca dove più frequentemente i due disturbi sono stati associati e confrontati è quello farmacologico: gli studi rivelano che, laddove c'è comorbidità tra i due disturbi, gli effetti collaterali nelle terapie con metilfenidato sono più frequenti e gravi. Si notano un aumento dell'irritabilità e della tristezza, torpore, pianto senza motivo e lamentosità. Il farmaco, inoltre,

sembra intervenire solo sui sintomi di iperattività e disattenzione lasciando inalterate le caratteristiche centrali dell'autismo (Nicolson e Castellanos, 2000).

Altre ricerche sembrano evidenziare un deficit nel processamento di informazioni sociali ed emotive, che potrebbe dipendere da un disfunzionamento dell'Esecutivo Centrale, sia nei bambini autistici sia in quelli con DDAI. Buitelaar e colleghi (1999), confrontando le prestazioni di bambini con disturbi psichiatrici diversi (DDAI, CD, Distimia, Autismo) e bambini "normali" in compiti di riconoscimento delle emozioni e in compiti derivati dalla "Teoria della mente", evidenziano che le prestazioni dei bambini con DDAI sono molto simili a quelle dei soggetti autistici ed entrambe risultano significativamente inferiori a quelle degli altri gruppi.

Anche la **Depressione**, considerata in un recente passato piuttosto rara nei bambini, è un'altra tra le sindromi associate al disturbo da deficit attentivo e iperattività. Si stima, attualmente, un'incidenza della depressione in età scolare, di circa il 2%, ma che potrebbe interessare più della metà il gruppo DDAI. La sintomatologia nei bambini mostra un'accentuazione dell'irritabilità e delle lamentele relative allo stato fisico (Sanavio e Cornoldi, 2001). Le caratteristiche principali sono umore depresso e perdita di interesse o piacere per quasi tutte le attività, per un periodo di almeno due settimane, ma nei bambini è più facile riscontrare umore irritabile o instabile piuttosto che triste o abbattuto, sebbene possano comparire tristezza, astenia, affaticabilità e autosvalutazione, pensieri di morte e ansia da separazione. In concomitanza di un episodio depressivo, può esserci una precipitosa riduzione dei voti scolastici a causa della perdita di interesse e delle difficoltà di concentrazione. I bambini con questo tipo di comorbilità presentano con più frequenza la "Triade cognitiva" caratterizzata da visione negativa di sé, del mondo e del futuro.

Diverse sono le spiegazioni date rispetto all'eziologia di questi due disturbi e della loro relazione. Una prima ipotesi è che i sintomi depressivi siano la conseguenza degli insuccessi e delle difficoltà cui va incontro il bambino iperattivo, ma questa ipotesi viene scartata nel momento in cui si riscontra un persistere dei sintomi depressivi anche quando c'è una remissione dal DDAI: i due disturbi sembrano avere un'evoluzione indipendente. Una seconda ipotesi si basa sulla possibilità che la diagnosi di DDAI sia talora errata: il clinico non avrebbe riconosciuto i sintomi della depressione. Una terza ipotesi riguarda la possibilità che i due disturbi siano forme diverse in cui si manifesta uno stesso genotipo. Infatti il rischio di depressione sarebbe maggiore nei genitori di bambini con DDAI rispetto ai controlli indipendentemente dal fatto che il bambino abbia o meno comorbilità con disturbi dell'umore.

I **Disturbi d'Ansia** sono i più frequentemente diagnosticati nei bambini in età scolare; il DSM-IV ne indica diversi (Fobie sociali e semplici, Agorafobia, Disturbo post-traumatico da stress, Disturbo d'ansia generalizzato...) ma l'unico disturbo ad essere citato ad esordio infantile è quello d'Ansia di Separazione. Esso è caratterizzato da un'ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o da coloro a cui il soggetto è attaccato. La percentuale, nella popolazione generale, è stimata attorno al 4%, ma tra i bambini con DDAI la percentuale salirebbe al 25%.

I bambini con questo disturbo hanno difficoltà all'ora di andare a letto, presentano risvegli notturni frequenti, incubi, fobie, paura a stare soli, riluttanza nell'andare a scuola, lamentano ripetutamente malesseri fisici ed eccessiva preoccupazione riguardo ad eventi spiacevoli o imprevisti come incidenti, malattie e morti. Essi vengono descritti come bambini intrusivi, oppure bisognosi di attenzione, compiacenti, coscienziosi e con umore depresso.

La costruzione della scala COM

La costruzione del Questionario **COM** (Questionario Sindromi **Compresenti**) si è basata sui criteri diagnostici riportati nel DSM-IV con riferimento alle sindromi menzionate precedentemente. Individuate le caratteristiche più importanti di ciascuna, si sono formulati degli item che potessero essere adatti all'ambiente scolastico; in altre parole, i principali sintomi elencati nel DSM-IV sono stati tradotti in comportamenti che le insegnanti possono osservare facilmente durante le attività scolastiche.

Nella versione iniziale, il questionario era costituito da 33 item suddivisi in sub-aree. I primi cinque item, definiti “item specifici”, si riferivano alla situazione socioculturale del bambino, al profitto scolastico e alle relazioni tra pari; gli altri ventotto erano relativi alle aree di indagine del questionario e precisamente:

1. disturbo oppositivo provocatorio
2. disturbo della condotta
3. ansia
4. autismo ad alto funzionamento
5. disturbo di Tourette.

Nella fase pilota, un gruppo di insegnanti era stato invitato a dare un giudizio sulla formulazione linguistica degli item e sulle modalità di compilazione e attribuzione del punteggio dello strumento. Dopo che erano state apportate lievi modifiche volte a disambiguare alcuni item, si è proceduto ad una prima somministrazione volta ad accertare la distribuzione di frequenze dei singoli item, la capacità di discriminazione e la coerenza interna delle subscale. In questa prima fase, il questionario è stato compilato per 289 bambini (162 maschi, 127 femmine) frequentanti le classi II,III, IV, V della scuola primaria nelle province di Padova, Belluno, Vicenza, Latina.

L’analisi delle distribuzioni di frequenza, la media e la deviazione standard per item hanno permesso di

- verificare che le frequenze di punteggio fossero distribuite secondo le attese, cioè zero per la stragrande maggioranza dei soggetti (oltre il 65%), in ordine decrescente per gli altri punteggi, con oscillazioni dal 25 all’8% per il valore 1, dal 7 al 3% per il valore 2, dall’1 al 2% per il valore 3;
- individuare gli item le cui distribuzioni di frequenza apparivano sbilanciate: oltre il 90% di alunni aveva ottenuto un punteggio pari a 0 e nessuno aveva raggiunto i 2 o 3 punti

I risultati statistici hanno indicato correlazione soddisfacenti tra item e subscale corrispondenti, come si può osservare dalla tabella che segue:

Tab. 1. – Correlazioni item subscale – fase 1 (viene riportato il numero dell’item nella Scala pilota, associato –in parentesi- al numero nella scala definitiva)

Disturbo della Condotta		
item 7	(7)	0,78
item 8	(8)	0,71
item 9	(9)	0,48
item 10	(10)	0,68
item 11		0,41
Disturbo Oppositivo Provocatorio		
item 12	(11)	0,75
item 13	(12)	0,68
item 14	(13)	0,83
item 15	(14)	0,81
item 16	(15)	0,84
Autismo ad alto funzionamento		
item 17	(16)	0,83
item 18	(17)	0,82
item 19	(18)	0,79
item 20	(19)	0,77
item 21	(20)	0,74
Depressione		
item 22	(21)	0,71
item 23	(22)	0,73

	item 24		0,69
	item 25	(23)	0,61
	item 26	(24)	0,57
Ansia			
	item 27	(25)	0,82
	item 28	(26)	0,73
	item 29	(27)	0,82
	item 30		0,47
	item 31	(28)	0,81
	item 32	(29)	0,77
	item 33	(30)	0,56

Considerati i dati statistici, e le osservazioni qualitative dei docenti della prima fase che giudicavano il questionario comprensibile e di facile utilizzo, la scala è stata ripulita dagli item:

- 11. Ha compiuto gravi atti devianti (frode, furto, ha marinato la scuola)
- 25. Appare triste e facilmente si mette a piangere senza motivo
- 30. Il bambino mostra riluttanza a lasciare i genitori.

A conclusione della prima fase di ricerca, si è giunti alla stesura definitiva del questionario e si è iniziata la fase di standardizzazione e di verifica delle caratteristiche psicometriche dello strumento a 30 item.

La scala COM - Sindromi compresenti nei Disturbi di attenzione e iperattività

Il Questionario COM, nella sua versione definitiva, si compone di 30 item così suddivisi:

aree	Item
Item specifici	1, 2, 3, 4, 5,
Disturbo di Tourette	6
Disturbo della Condotta	7, 8, 9, 10
Disturbo Oppositivo Provocatorio	11, 12, 13, 14, 15
Autismo	16, 17, 18, 19, 20
Depressione	21, 22, 23, 24
Ansia	25, 26, 27, 28, 29, 30

Gli insegnanti sono invitati a compilare il questionario solo dopo aver osservato con attenzione e per qualche tempo i bambini/i bambini nelle diverse situazioni scolastiche. Si chiede loro di valutare la frequenza o l'intensità con cui compaiono comportamenti o abilità descritti dall'item, attraverso una scala Likert, a quattro intervalli:

0. mai/per nulla
1. qualche volta/un po'
2. spesso/abbastanza
3. sempre/molto.

Gli insegnanti sono invitati ad assumere come criterio, per le valutazioni, le prestazioni tipiche del gruppo di appartenenza del bambino, ovvero quei comportamenti e quelle abilità che i bambini della stessa età normalmente mostrano. In caso di incertezza, possono consultare i colleghi.

Per la compilazione, possono essere utilizzati sia un foglio di notazione individuale, sia una scheda collettiva per l'intera classe.

L'attribuzione del punteggio (scoring) è molto semplice:

- si sommano i valori degli item relativi alle diverse subscale,
- si considerano singolarmente i valori degli item specifici, ed infine

- si può calcolare un punteggio totale sommando gli item dal 6 al 30.

Si ottengono, quindi, punteggi relativi a:

1. quadro sindromico di compresenza
 - punteggi alle cinque subscale: disturbi della condotta, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo generalizzato dello sviluppo ad alto funzionamento/autismo ad alto funzionamento, depressione, ansia,
 - punteggio all'item 6 - disturbo di Tourette,
2. informazioni di carattere generale volte a completare il quadro diagnostico
 - punteggi item specifici
3. indicatore complessivo di comorbidità
 - punteggio totale.

La standardizzazione

Gli alunni, valutati dagli insegnanti in questa fase, sono stati 1052 (vedi tab. A1 in appendice) e frequentavano, nell'anno scolastico 2001/2002, le classi III, IV, V elementare in scuole delle province di Padova, Brescia e Monza. Si rileva una distribuzione omogenea per sesso (50,6% femmine e 49,4% maschi), mentre si nota una leggera sfasatura nella distribuzione per classe. Infatti il 29,7% degli alunni frequenta la classe terza, il 32,7% la quarta e il 37,5% la quinta.

Nella tabella 2 sono riportati i valori normativi per classe, relativi al punteggio totale, indicatore complessivo di compresenza. Ricordiamo che si tratta di valori riferiti a compromissioni di natura patologica e quindi è normale riscontrare molti valori prossimi allo zero e rari valori alti.

Tab. 2. – Valori normativi del punteggio indicatore complessivo di comorbidità

	Cl. 3 ^a	Cl.4 ^a	Cl.5 ^a
Media	4,17	4,69	4,97
Mediana	1	1	2
d.s.	7,68	8,42	7,61
Minimo	0	0	0
95 percentile	19,45	21,00	21,00
Massimo	57	65	48

Sono stati calcolati per ciascuna classe e per le diverse subscale, per gli item specifici e per l'item 6, i valori normativi che si riportano nel dettaglio in appendice alle tabelle A2, A3, A4 e A5. Sempre in appendice, nelle stesse tabelle, compaiono anche i valori riferiti al 90° e 95° percentile.

Qui di seguito si presentano, invece, solo i valori cut-off, riferiti al 95° percentile, delle cinque subscale e dell'indicatore complessivo di comorbidità, per ciascuna classe. Nella valutazione del caso individuale, tutti i riferimenti normativi sono ugualmente importanti. Tuttavia vorremmo suggerire un uso preferenziale del 95° percentile quale indicatore di problematiche, e, in ogni caso, cautela nell'interpretazione del punteggio.

E' interessante rilevare la stabilità di punteggio nel passaggio dalla terza alla quinta classe per il disturbo della condotta e per la depressione, in opposizione all'incremento costante per l'ansia, come se, all'aumento dell'età, si realizzasse un corrispondente incremento di difficoltà nell'essere "scolaro", pur restando sempre nell'ambito della "normalità".

Tab. 3 – Cut-off subscale per classe

	Cl. 3 ^a 95° Percentile	Cl. 4 ^a 95° Percentile	Cl. 5 ^a 95° Percentile
Dist. Condotta	3	3	3
Dist. Oppositivo Provocatorio	5	6	6
Autismo ad alto funzionamento	5	6	5
Depressione	4	4	4
Ansia	5	6	7
Indicatore di comorbilità	19,45	21	21

Relativamente agli item specifici (tab. A5 - Appendice), il 95° percentile si attesta attorno al valore 2 per tutte le classi considerate, ad eccezione del primo item (appartenenza ad ambiente sociale svantaggiato) che, solo per la classe quinta, sale al valore di 3. Nel disturbo di Tourette, a conferma della rara incidenza nella popolazione, il cut-off valido per le tre classi è di 1.

La situazione del bambino va considerata con molta attenzione nel caso in cui avesse ottenuto un punteggio pari o superiore a quello qui indicato. Ricordiamo che una delle finalità principali dello strumento è proprio quella di offrire un quadro informativo utile all'eventuale avvio di procedure diagnostiche volte ad un approfondimento e alla predisposizione di un trattamento mirato non solo all'attenuazione del disturbo, ma soprattutto al miglioramento della qualità della vita del bambino.

Invece, se il bambino presentasse un punteggio di poco inferiore a quello qui presentato, è da considerare in una posizione critica, ma non ancora allarmante, una posizione che comunque richiede attenzione ed osservazione da parte degli insegnanti allo scopo di prevenire disagi e difficoltà che potrebbero, successivamente, aggravarsi.

Attendibilità e validità dello strumento

Il grado di stabilità nel tempo dei punteggi dello strumento è stato misurato con il metodo test-retest. In cinque classi (per un totale di 97 bambini) la somministrazione del questionario è stata ripetuta dopo sei settimane dalla prima compilazione. I coefficienti ottenuti sono risultati soddisfacenti nella maggioranza dei casi. Meno elevate risultano le correlazioni relativamente agli item 6, 5 e alla scala dell'ansia. In particolare, critico può essere considerato il valore relativo al disturbo di Tourette, che però - ricordiamo - si riferisce ad un unico item.

Tab. 4- Affidabilità test-retest

			Totale e Subscale	r
			Indicatore di comorbilità	0,81
Item specifici	r		Dist. Tourette	0,49
Item 1	0,82		Dist. Condotta	0,72
Item 2	0,83		Dist. oppositivo provocatorio	0,82
Item 3	0,66		Autismo	0,81

Item 4	0,71		Depressione	0,74
Item 5	0,63		Ansia	0,61

Accordo tra osservatori indipendenti

Una seconda misura dell'attendibilità del questionario è stata ottenuta tramite l'analisi dell'accordo tra osservatori indipendenti. In 5 classi, per un totale di 52 bambini, è stata consegnata una copia del questionario a due delle insegnanti di classe e ne è stata richiesta la compilazione in maniera indipendente.

Poiché si tratta di una scala di eterovalutazione, questo metodo è particolarmente importante per rassicurarsi della relativa indipendenza dello strumento dalle caratteristiche del valutatore.

I risultati delle analisi sono stati molto soddisfacenti. Infatti, come si può osservare dalla tab. 5, i coefficienti di correlazione sono tutti molto elevati, raggiungendo per alcune scale (DOP, DC, indicatore di comorbilità) e per alcuni item quasi una correlazione perfetta.

E' da tenere presente, tuttavia, che nella scuola primaria esiste la tradizione del lavoro per team-docenti, una metodologia che influisce probabilmente anche su aspetti (quali la valutazione psicologica degli alunni) che vanno oltre la programmazione e il coordinamento educativo.

Tab. 5 - Attendibilità: accordo tra osservatori indipendenti

		Totale e Subscale	r
		Indicatore di comorbilità	0.96
Item specifici	r	Dist. Tourette	1
Item 1	0.95	Dist. Condotta	0.97
Item 2	0.86	Dist. oppositivo provocatorio	0.98
Item 3	0.94	Autismo	0.92
Item 4	0.92	Depressione	0.88
Item 5	0.84	Ansia	0.78

Validità convergente e di costrutto

E' stata verificata la validità di alcune subscale mettendo in relazione i punteggi ottenuti, dagli stessi soggetti, nel questionario COM e nel questionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) di Goodman, nella versione italiana curata da Marzocchi et. al. Il questionario SDQ è tra gli strumenti raccomandati dai clinici nella diagnosi dei disturbi da comportamento dirompente, categoria classificatoria del DSM-IV che include DDAI, DC e DOP. Anche il questionario SDQ è di eterovalutazione e può essere compilato dagli insegnanti e dai genitori. Il questionario consta di cinque subscale, delle quali due, problemi di condotta e difficoltà emotive, sono direttamente riconducibili alle tre subscale COM Disturbo della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Ansia.

I due questionari, COM e SDQ, nella versione completa, sono stati compilati dai docenti di classe e applicati a 23 bambini che alla scala SDAI presentavano punteggi >14 in disattenzione e/o

iperattività/impulsività, quindi con caratteristiche tipiche del DDAI (i 23 bambini, di cui 13 maschi e 10 femmine, frequentavano le classi III, IV e V elementare di istituti della provincia di Padova). Nella tabella che segue sono presentate le correlazioni (Rho di Spearman), tra le diverse subscale, uguali o superiori a 0,6 e con livello di significatività uguale o inferiore a 0,01.

Tab. 6 – Validità convergente: correlazioni tra subscale dei questionari COM e SDQ

	SDQ Condotta	SDQ Emotività	SDQ Rapporto con i pari	SDQ Prosocialità
COM Disturbo della condotta	0,91**			-0,76**
COM Disturbo oppositivo provocatorio	0,86**			
COM Autismo			0,8**	-0,6**
COM Depressione		0,6**		
COM Ansia		0,77**		

Le elevate correlazioni tra punteggi ottenuti con le due scale indicano che misurano lo stesso costrutto; tuttavia il questionario “COM” presenta il vantaggio di una migliore differenziazione tra i disturbi. Differenziazione necessaria non solo per l’età dei soggetti considerati e la formulazione di una diagnosi, ma anche e soprattutto per predisporre un intervento didattico e riabilitativo volto al miglioramento della qualità della vita del bambino e del contesto sociale in cui è inserito (DDAI e depressione implicano cause e trattamenti molto diversi da DDAI e Ansia, oppure DDAI e DOP). Si noti comunque che molti di quei 23 bambini presentavano problematiche evidenziate dal COM a conferma della diffusa comorbidità da DDAI e altre problematiche.

Per la verifica della validità di costrutto, sono stati messi a confronto i punteggi ottenuti al questionario COM da due gruppi di bambini selezionati per presenza o assenza di disturbi da deficit attentivo e iperattività/impulsività e sono state condotte diverse analisi su casi individuali¹. Rispetto al confronto tra gruppi distinti di soggetti, Zanotti (2002), in una ricerca sulla scrittura, per l’individuazione del gruppo sperimentale e di controllo ha utilizzato la scala SDAI (v. Marzocchi e Cornoldi, 2000) e il questionario COM. La scala SDAI è uno degli strumenti più frequentemente usati in ambito sia clinico, sia sperimentale per completare e definire la diagnosi di DDAI. E’ composta da 18 item che formano due subscale di 9 item ciascuna, una relativa alla disattenzione e una alla iperattività/impulsività. Anche questa scala è compilata dagli insegnanti che devono valutare la frequenza di determinate manifestazioni comportamentali attribuendo un punteggio compreso tra zero e tre.

Da un campione di 841 alunni frequentanti le classi terze, quarte, quinte elementari di scuole della Val Trompia (Bs), sono stati individuati 97 soggetti che alla scala SDAI hanno totalizzato punteggi uguali o superiori a 18 per la componente disattentiva e uguali o superiori a 14 per quella

¹ Questa validazione è stata possibile poiché era stato attivato, presso l’IRRE del Veneto, un gruppo di lavoro, composto da docenti e psicopedagogiste, finalizzato alla messa a punto di strumenti e metodologie di intervento su bambini con DDAI, utilizzabili e realizzabili all’interno della scuola. Si ringraziano in particolare le insegnanti e le psicopedagogiste di Vicenza, Belluno e Mestre che hanno collaborato.

iperattiva/impulsiva. Il gruppo di controllo era appaiato per età, sesso, classe, livello socioeconomico della famiglia di appartenenza e punteggi alla scala SDAI pari a zero o inferiori a otto. Le medie del gruppo DDAI erano per la disattenzione 16,85 (7,62) contro il 2,54 (3,8) del gruppo di controllo e per l'iperattività/impulsività 17,47 (ds=6,71) contro il 3,30 (ds=4,13). Nella tabella 7 sono presentati i valori che contraddistinguono i due gruppi che sono significativamente superiori nel gruppo DDAI per il Disturbo Oppositivo Provocatorio, l'Autismo, il Disturbo della Condotta, la Depressione e l'Ansia, a conferma delle capacità discriminative dello strumento e della sua utilizzabilità in ambito clinico.

Tab. 7 – Validità di costrutto: medie e deviazioni standard COM di gruppi di alunni con o senza caratteristiche DDAI

	N.	Gruppo DDAI	N.	Gruppo controllo
Età (mesi)	97	118,25 (10,45)	97	118,24 (10,22)
A. cognitive	97	0,78 (1,11)	97	0,15 (0,46)
App. linguistico	97	0,93 (1,06)	97	0,19 (0,49)
App. matematico	97	0,88 (1,15)	97	0,16 (0,45)
Relazioni sociali	97	0,86 (1,02)	97	0,23 (0,49)
Presenza di TIC	97	0,44 (0,80)	97	0,09 (0,43)
Dist. Condotta	97	2,19 (2,69)	97	0,34 (0,92)
Dist. Oppos.Prov.	97	3,89 (4,24)	97	0,62 (1,77)
Autismo	97	2,22 (2,71)	97	0,91 (2,18)
Depressione	97	2,09 (2,71)	97	0,47 (1,44)
Ansia	97	1,90 (2,41)	97	(0,97) (1,86)

Per un'ulteriore verifica della validità di costrutto, sono state condotte diverse analisi su casi individuali². A partire dai punteggi ottenuti al questionario COM da un gruppo di bambini con cospicue problematiche psicopatologiche, sono state ricavate delle deduzioni. Tali deduzioni, stilate sotto forma di un profilo del soggetto, sono state presentate ad altri insegnanti di classe e/o psicopedagogiste, con la richiesta di valutarne l'appropriatezza attraverso una scala a 10 punti (0 assolutamente inadeguato ... 10 del tutto adeguato) e di compiere osservazioni/commenti.

I profili di sedici bambini (14 maschi e 2 femmine di 8,9,10 anni) sono stati valutati dai rispettivi 9 docenti curricolari e da 1 psicopedagogista. I risultati sono stati molto soddisfacenti poiché tutti i

² Questa validazione è stata possibile poiché era stato attivato, presso l'IRRE del Veneto, un gruppo di lavoro, composto da docenti e psicopedagogiste, finalizzato alla messa a punto di strumenti e metodologie di intervento su bambini con DDAI, utilizzabili e realizzabili all'interno della scuola. Si ringraziano in particolare le insegnanti e le psicopedagogiste di Vicenza, Belluno e Mestre che hanno collaborato.

profili hanno ottenuto valori da 9 a 10 punti su 10 e i commenti più ricorrenti sono stati: “è proprio lui”, “mi sembra di vederlo”....

Un altro studio (Dante, 2002) è stato svolto nell’ambito di una ricerca tesa a differenziare i profili cognitivi di bambini e ragazzini con le caratteristiche del disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Lo studio sul questionario COM, in via preliminare, era diretto ad esaminare l’incidenza delle sindromi associate al DDAI in un campione della popolazione scolastica italiana.

L’indagine è stata realizzata in un istituto comprensivo di una città industriale della provincia di Milano, ha interessato 332 alunni di terza, quinta elementare e seconda media e ha utilizzato come strumenti di rilevazione la scala SDAI e il questionario COM. Sono stati individuati 52 bambini che presentano molte delle caratteristiche tipiche del DDAI, cioè alla scala SDAI hanno ottenuto punteggi uguali o superiori a 18 per la componente disattentiva e uguali o superiori a 14 per quella iperattiva/impulsiva. Di questi, ben 15, di cui 8 femmine e 7 maschi, mostravano alle subscale del questionario COM valori critici.

Si riportano i dati del gruppo sperimentale suddivisi per classe poiché è interessante osservare la diminuzione d’incidenza nella compresenza di sindromi dalla terza elementare alla seconda media. In un certo senso, comparativamente, l’incidenza per la terza e quinta possono essere considerate equivalenti, mentre si evidenziano cospicue differenze per la seconda media. Differenze tra classi emergono dalla ricerca anche a livello di profili cognitivi (terza elementare versus seconda media) a sostegno dell’idea che con l’inizio della pubertà, presumibilmente, non si modificano solo i profili clinici, ma anche la loro incidenza.

Tab. 8 – Bambini valutati dagli insegnanti come aventi caratteristiche DDAI da sole o associate a problematiche individuate con la scala COM

	Classe			Totale
	terza elementare	quinta elementare	seconda media	
DDAI	13	9	15	37
DDAI+COM	7	5	3	15
Totale	20	14	18	52

Naturalmente questi dati sono solo indicativi e devono essere interpretati con molta cautela, poiché possono essere l’effetto sia delle particolari caratteristiche del campione sia delle modalità di selezione del campione stesso. Tuttavia mostrano, a nostro avviso, la necessità se non l’opportunità di ulteriori approfondimenti tanto più che l’incidenza osservata per le terze e le quarte si avvicina a quella delle stime internazionali. Problematica, a nostro avviso, nell’esame di questo campione, è anche la diversa incidenza di genere che induce ad una maggiore prudenza interpretativa.

Lo studio di Zanotti (2002), volto ad analizzare le relazioni tra DDAI, sindromi associate e disturbi di apprendimento con particolare riferimento alla scrittura, permette di approfondire, da un lato, la relazione quantitativa tra disturbo da deficit attentivo/iperattività e sindromi associate, e, dall’altro problematiche di compresenza e apprendimento scolastico. Gli strumenti utilizzati, come già menzionato, sono stati la scala SDAI, il questionario COM e per l’esame di abilità scolastiche prove di scrittura spontanea.

Dei 97 soggetti selezionati con caratteristiche DDAI, ben 46 (47,4%) mostravano un disturbo associato alle patologie previste dal COM. La selezione del gruppo sperimentale ha seguito i classici criteri per l’individuazione dei soggetti disattenti, iperattivi/impulsivi e combinati, a loro

volta suddivisi in due gruppi in base al punteggio ottenuto al questionario COM: puri, con un punteggio di comorbidità basso, e compositi, con un punteggio in almeno una delle sottoscale maggiore di uno del numero degli item della sottoscala. Nella tabella 9 si presenta la distribuzione del gruppo sperimentale.

Tab. 9 – Bambini valutati dagli insegnanti come aventi caratteristiche DDAi da sole o associate a problematiche individuate con la scala COM

		S D A I			Totale
		Disattenti	Iperattivi/ Impulsivi	Combinati	
C O M	Puri	20	18	13	51
	Compositi	11	13	22	46
	Totale	31	31	35	97

Come si può osservare dalla tabella, il rapporto tra soggetti DDAI Combinati e Compositi (sindromi associate) si capovolge negli iperattivi rispetto al gruppo dei soli disattenti ed è piuttosto consistente. Ricordiamo che la tabella si riferisce ad un campione di bambini di terza, quarta e quinta elementare e che le percentuali di compresenza tra DDAI e sindromi associate – nella fascia elementare - sono abbastanza simili (47, 4 vs 42,3%) nei due studi qui accennati. Resta da chiarire ulteriormente il rapporto DDAI e sindromi associate nella scuola media.

Rispetto al secondo aspetto, questionario COM e prove di scrittura, sono stati confrontati, all'interno del gruppo sperimentale, gli alunni definiti puri e quelli compositi nelle variabili riferite alla produzione autonoma di un testo: lessico, sintassi, organizzazione del testo, adeguatezza, ricchezza di contenuti ed errori ortografici. Le differenze tra i due gruppi risultano statisticamente rilevanti (t di Student con $p < .01$) ad esclusione della sintassi. I dati ottenuti sembrano dimostrare che i bambini che presentano solo caratteristiche DDAI riescono meglio di quelli con una o più patologie associate. I puri - solo DDAI - tendono a scrivere testi più congruenti e adeguati, più ricchi di informazioni, più corretti e con maggiore varietà lessicale. L'associazione di patologie differenti sembrerebbe dunque aggravare non solo la componente comportamentale, sociale, ma anche quella cognitiva. L'ovvia conseguenza, da un punto di vista del trattamento, è di affrontare il problema anche del rendimento scolastico per il quale il solo contenimento comportamentale risulta insufficiente.

Sono tuttora in corso ulteriori studi allo scopo di completare ed estendere le conoscenze sulle possibili pratiche del questionario in campo clinico e scolastico. Possiamo comunque ritenere che, dal momento della prima stesura, a quello attuale di studi sulla validazione e ricerche volte ad evidenziare profili psicologici differenziati, il questionario COM ha mostrato le caratteristiche che ci eravamo proposti: la scala COOM appare essere uno strumento

- I. utile poiché integra le informazioni diagnostiche completando il quadro clinico del soggetto, allerta su situazioni che, sebbene al di sotto della soglia clinica, meritano attenzione e cure, fornisce indicazioni indispensabili nella progettazione e pianificazione del trattamento;
- II. di facile e veloce compilazione da parte degli insegnanti tanto da renderlo utilizzabile anche su vasta scala, per compiere screening nell'ambito della prevenzione del disagio scolastico.

Appendice statistica

Tab. A1. Campione di standardizzazione. Distribuzione secondo sesso e classe frequentata

Classi	Maschi	Femmine	Totali
3a	159	154	313
4a	163	181	344
5a	197	198	395
Totali	519	533	1052

Tab. A2 - Valori normativi delle diverse subscale per i soggetti di **classe 3^a**

	N.	media	d. st.	90° Percentile	95° Percentile
Dist. Condotta	313	0,46	1,43	1	3
Dist. oppositivo provocatorio	313	0,875	2,34	3	5
Autismo	313	0,98	1,93	3	5
Depressione	313	0,76	2,18	2	4
Ansia	313	1	1,89	3	5
Indicatore di comorbilità	313	4,17	7,68	10,9	19,45

Tab. A3 - Valori normativi delle diverse subscale per i soggetti di **classe 4^a**

	N.	media	d. st.	90° Percentile	95° Percentile
Dist. condotta	345	0,51	1,35	2	3
Dist. oppositivo provocatorio	345	0,92	2,37	3	6
Autismo	345	1,04	2,26	4	6
Depressione	345	0,82	1,73	3	4
Ansia	345	1,27	2,33	5	6
Indicatore di comorbilità	345	4,69	8,42	15	21

Tab. A4 - Valori normativi delle diverse subscale per i soggetti di **classe 5^a**

	N.	media	d. st.	90° Percentile	95° Percentile
Dist. condotta	395	0,54	1,33	2	3
Dist. oppositivo provocatorio	395	1,23	2,94	4	6
Autismo	395	1,04	1,83	3	5
Depressione	395	0,72	1,52	3	4
Ansia	395	1,36	2,59	4	7
Indicatore comorbilità	395	4,97	7,61	14,5	21

Tab. A5 - Valori normativi degli item specifici e dell'item 6 per classe

	Classe 3^a		Classe 4^a		Classe 5^a	
	Media (s.ds)	95 %	Media (s.ds)	95 %	Media (s.ds)	95 %
Item 1 - appartenenza ambiente socioculturale svantaggiato)	0,24 (0,7)	2	0,29 (0,7)	2	0,36 (0,8)	3
Item 2 - scarse capacità cognitive	0,35 (0,7)	2	0,38 (0,8)	2	0,39 (0,7)	2
Item 3 - scarso app. linguistico	0,38 (0,8)	2	0,37 (0,8)	2	0,56 (1)	2
Item 4 - scarso app. matematico	0,44 (0,7)	2,4	0,42 (0,8)	2	0,51 (0,8)	2,3
Item 5 – difficoltà di rapporto con i compagni	0,32 (0,7)	2	0,36 (0,7)	2	0,46 (0,7)	2
Item 6 – disturbo di Tourette	0,10 (0,4)	1	0,14 (0,5)	1	0,08 (0,35)	1

Bibliografia

American Psychiatric Association, DSM-IV, Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta edizione, Milano: Masson,

Barkley R.A., *ADHD and nature of self-control*, New York: The Guilford press, 1997

Brown T.E. (a cura di), *Attention-deficit disorders and comorbidity*, Washington, American psychiatric press, 2000

Buitelaar J.K., Van der Wess M., Swaab-Barneveld H., Van der Gaag R.J., Theory of mind and emotion-recognition functioning in autistic spectrum disorders and in psychiatric control and normal children, *Development and psychopathology*, Vol 11, pp. 39-58, 1999

Dante F., 2002, La valutazione cognitiva di bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività, tesi di laurea, Università di Padova

Loeber R. e Keenan K., Interaction between conduct disorder on its comorbid conditions: effect on age and gender, *Clinical Psychology Review*, Vol. 14, n. 6, pp. 497-523, 1994

Marzocchi G. M. et al., 2002, Il Questionario SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire: uno strumento per valutare le difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva, *Difficoltà di apprendimento* n. 8/1, pp.75-84

Marzocchi G. M, Cornoldi C., 2000, Una scala di facile uso per la rilevazione di comportamenti problematici dei bambini con deficit di attenzione e iperattività, *Psicologia clinica delle Sviluppo*, n. 4, pp. 43-64

Munir K., Biederman J., Knee D., 1987, Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit-hyperactivity disorder: metilphenidate effects on naturalistically observed aggression, response to provocation, and social information processing, *Journal of Abnormal Child Psychology* n. 20, pp. 451/465

Nicolson R., Castellanos F.X., Commentary: considerations on the pharmacotherapy of attention deficits and hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 30, n. 5, pp 461-462, 2000

Pliszka, S.R., Carlson, C.L., & Swanson, J.M. (1998) . ADHD with comorbid disorders. New York: Guilford Press.

Sanavio E., Cornoldi C., *Psicologia Clinica*, Bologna: il Mulino, 2001

Stahl N. D., Clarizio H. F., Conduct disorder and comorbidity, *Psychology in the school*, Vol. 36, n. 1, pp. 41-50, 1999

Stephens R.J., Sandor P., Aggressive Behaviour in Children with Tourette Syndrome and Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 44, Issue10, pp. 1036-7, 1999

Zanotti D, 2002, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: abilità metacognitive e difficoltà di scrittura nella pianificazione testuale, tesi di laurea, Università di Padova

Cesare Cornoldi, Adriana Molin, Viviana Marcon
(Dip. di Psicologia Generale, Università di Padova)

Questionario COM

Per la valutazione di problematiche compresenti nei Disturbi di Attenzione e Iperattività

Gentile Insegnante,

Il presente questionario è volto a indagare alcuni aspetti critici a volte associati ai disturbi di attenzione e iperattività. Allo scopo di ottenere un quadro informativo più completo sul bambino, La preghiamo di compilare il questionario solo dopo aver osservato il bambino o il ragazzo per qualche tempo. Ad ogni item attribuirà la valutazione di:

- 0** se mai o quasi mai o per nulla il bambino/a (o ragazzo/a) presenta il comportamento o l'abilità illustrata dall'item;
- 1** se la cosa accade qualche volta o il bambino presenta il tratto ma in misura modesta;
- 2** se si verifica spesso o il bambino presenta il tratto in una certa misura (abbastanza)
- 3** se accade sempre o il bambino presenta il tratto in misura elevata (molto).

Le valutazioni devono essere riferite alla classe di frequenza dell'alunno, tenendo conto cioè di quello che tipicamente fanno i suoi coetanei. Di conseguenza troverà che molti bambini mai o quasi mai presentano certi tratti, proprio per il fatto che questi tratti sono riferiti a problematiche che sono presenti non frequentemente. La preghiamo di rispondere a tutti gli item del questionario, in caso di difficoltà può consultarsi con un/a collega.

Nome alunno Data di nascita

Classe.....LocalitàData

		Mai, per nulla	Qualche volta, un po'	Spesso Abbastanz a	Sempre Molto
1	Appartiene ad un ambiente socioculturale svantaggiato.	0	1	2	3
2	Presenta nell'insieme scarse capacità cognitive.	0	1	2	3
3	Presenta scarso apprendimento linguistico.	0	1	2	3
4	Presenta un apprendimento matematico insufficiente.	0	1	2	3
5	Ha difficoltà di rapporto con i compagni.	0	1	2	3
6	Presenta quotidianamente tic motori e vocali che creano grave disturbo.	0	1	2	3
7	Fa il prepotente, minaccia o aggredisce fisicamente persone, anche animali, danneggiando oggetti.	0	1	2	3
8	Mente per ottenere vantaggi.	0	1	2	3
9	Si appropria di oggetti che non gli appartengono.	0	1	2	3
10	Cerca di ottenere quello che vuole con la forza.	0	1	2	3
11	Presenta scoppi improvvisi d'ira nei confronti di adulti.	0	1	2	3
12	Ignora quanto gli viene detto o fa l'opposto.	0	1	2	3
13	Mostra un carattere litigioso e collerico.	0	1	2	3
14	Irrita deliberatamente compagni e adulti.	0	1	2	3
15	E' suscettibile, dispettoso e vendicativo nei confronti degli altri.				

		0	1	2	3
16	Presenta difficoltà ad usare modalità di comunicazione non verbale, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale.	0	1	2	3
17	Presenta difficoltà ad iniziare o sostenere una conversazione con gli altri.	0	1	2	3
18	E' completamente assorbito da uno o più tipi di interessi ristretti, ripetitivi e/o stereotipati.	0	1	2	3
19	Usa un linguaggio stereotipato, ripetitivo, insolito.	0	1	2	3
20	Evita di condividere attività ludiche, interessi od obiettivi con i compagni.	0	1	2	3
21	Appare lamentoso e irritabile per la maggior parte del giorno.	0	1	2	3
22	Presenta scarso interesse o piacere per tutte le attività che gli sono proposte.	0	1	2	3
23	Mostra un'accentuata affaticabilità o mancanza di energia.	0	1	2	3
24	Rimugina, esprime anche indirettamente idee su di sé autosvalutative e sensi di colpa.	0	1	2	3
25	E' preoccupato senza motivo specifico	0	1	2	3
26	Rifiuta di svolgere compiti che lo portino a contatti con adulti che non conosce.	0	1	2	3
27	Quando è interrogato presenta evidenti segnali di disagio (tremori, sudori, ecc.) ed impaccio.	0	1	2	3
28	Ha difficoltà ad affrontare situazioni nuove.	0	1	2	3
29	Si preoccupa se si sente osservato.	0	1	2	3
30	Accusa malesseri (mal di testa, mal di pancia, ecc.).	0	1	2	3