

tempo anche se consistente. Quando confrontati con i coetanei, questi bambini mostrano una eccessiva attività motoria (come muovere continuamente le gambe anche da seduti, giocherellare o lanciare oggetti, spostarsi da una posizione all'altra). L'iperattività compromette l'adeguata esecuzione dei compiti richiesti. Questi bambini sono visti, nella gran parte dei contesti ambientali, come agitati, irrequieti, incapaci di stare fermi, e sempre sul punto di partire. Un adulto può avere l'impressione che il bambino abbia difficoltà a comprendere le istruzioni e faccia un uso improprio delle abilità di memoria.

L'incapacità a rimanere attenti ed a controllare gli impulsi fa sì che, spesso, i bambini con ADHD abbiano una minore resa scolastica e sviluppino con maggiore difficoltà le proprie abilità cognitive. Frequentemente questi bambini mostrano scarse abilità nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indizi sociali non verbali che modulano le relazioni interpersonali. Questo determina una significativa interferenza nella qualità delle relazioni tra questi bambini ed il mondo che li circonda. Il difficoltoso rapporto con gli altri, le difficoltà scolastiche, i continui rimproveri da parte delle figure di autorità, il senso di inadeguatezza a contrastare tutto ciò con le proprie capacità fanno sì che questi bambini sviluppino un senso di demoralizzazione e di ansia, che accentua ulteriormente le loro difficoltà. Mentre la normale iperattività, impulsività e instabilità attentiva non determinano significative conseguenze funzionali, il vero ADHD determina conseguenze negative a breve e lungo termine.

1.2. Differenze tra le classificazioni e prevalenza

L'attitudine solo recente alla formulazione di diagnosi categoriali, la scarsa tendenza, in presenza di altri disturbi psicopatologici associati, a formulare diagnosi di comorbidità e, soprattutto, la mancata disponibilità degli psicostimolanti, hanno fatto sì che in Europa, ed in Italia in particolare, l'ADHD sia stato diagnosticato meno frequentemente che in Nord-America. Tre studi epidemiologici condotti in Italia, uno in Umbria e Toscana da Gallucci e collaboratori (1993), e due in Emilia da Camerini e collaboratori (1999) e da Marzocchi e Cornoldi (2000), mostrano che, quando il disturbo viene specificamente ricercato, nella popolazione infantile generale la sua frequenza è di circa il 4% (in pratica un bambino in ogni classe di 25 alunni), non dissimile dalle stime Nord Americane e Nord-Europee (vedasi Swanson et al. 1998 per review).

L'iperattività non è una sindrome nuova: descritta per la prima volta agli inizi del secolo (Still 1902), nel corso degli anni ha ricevuto vari nomi quali sindrome ipercinetica, disfunzione cerebrale minima. Sin dagli anni 60, quando i criteri per i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva sono stati inseriti nei manuali diagnostici (ICD-8, 1966; DSM-II 1968), le continue modifiche nelle definizioni e dei rispettivi criteri, hanno causato incertezze classificative con conseguenti differenze nazionali nell'epidemiologia del disturbo e nella definizione delle strategie terapeutiche. Sulla base di evidenze genetiche e neuro-radiologiche e' oggi giustificata la definizione psicopatologica del disturbo quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. (Swanson 1998a, 1998b).

Il *Disturbo ipercinetico* nella classificazione diagnostica dell'Organizzazione mondiale della Sanità (ICD-10; WHO 1992), viene oggi considerato simile al Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività di tipo combinato