

A cura dei
Centri di riferimento per l'ADHD
della Regione Lombardia
aderenti al Progetto Regionale
«Condivisione di percorsi
diagnostico-terapeutici per l'ADHD»

ADHD

Guida per i genitori



Centro
Studi
Erickson

Illustrazioni di Camilla Marini, 1990, Brescia

INDICE

<i>Presentazione della guida</i>	<i>p. 5</i>
<i>Premessa: Il Progetto Regionale ADHD</i>	<i>p. 6</i>
1 Che cos'è l'ADHD: sintomi, sottotipi e frequenza	<i>p. 7</i>
2 Le cause dell'ADHD	<i>p. 10</i>
3 I disturbi associati all'ADHD	<i>p. 12</i>
4 La diagnosi	<i>p. 14</i>
5 La compromissione funzionale e il decorso dell'ADHD	<i>p. 15</i>
6 Gli interventi terapeutici	<i>p. 18</i>
7 Percorsi di Parent Training	<i>p. 20</i>
8 Il rapporto con i servizi del territorio	<i>p. 22</i>
9 Percorsi di Parent Training	<i>p. 23</i>
10 Per approfondire	<i>p. 27</i>



Presentazione

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività è uno dei più frequenti disturbi a esordio in età infantile che compromette il funzionamento globale del soggetto con una eziologia neurobiologica.

La stima della prevalenza è molto variabile tra le nazioni.

La complessità della diagnosi necessita dell'uso di strumenti appropriati che consentano di valutare la presenza dei sintomi nei diversi contesti di vita del bambino e il trattamento multimodale va adattato alle caratteristiche specifiche del bambino e del suo contesto di vita.

La scelta terapeutica è basata sulla valutazione di diversi fattori tra cui la comorbidità, la situazione familiare, la collaborazione con la scuola la opportunità di trattamento farmacologico a integrazione degli altri interventi terapeutici e assistenziali.

Per meglio comprendere quali sono i determinanti significativi che caratterizzano i percorsi assistenziali per i pazienti con ADHD e le loro famiglie, dal gennaio 2010 con il contributo della Regione Lombardia è stato attivato un progetto di NPIA per la creazione di una Rete di Centri di Riferimento per ADHD con la finalità principale di definire e condividere pratiche basate sull'evidenza:

- *Analisi di percorsi esistenti in Lombardia*
- *Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi*
- *Formazione degli operatori sanitari e educativi, informazione e sensibilizzazione della popolazione in considerazione della importanza del contesto ambientale mediatore cruciale per le diverse evoluzioni.*

La presente guida è frutto del lavoro di operatori appartenenti ai 18 centri con l'obiettivo non solo di diffondere una corretta cultura rispetto a questo disturbo, ma soprattutto garantire ai bambini e adolescenti con ADHD e alle loro famiglie di conoscere e beneficiare di cure e supporti efficaci e condivisi su tutto il territorio della Regione Lombardia.

Un grazie particolare a tutti gli operatori che hanno collaborato alla stesura.

Alessandra Tiberti, Paola Effedri e Edda Zanetti

Premessa

Il Progetto Regionale: «Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia»

(Sintesi del progetto a cura del dott. Gianluca Daffi, Coordinatore attività di formazione e informazione)

*Il progetto **Condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia** coinvolge 18 Centri di Riferimento Regionali per l'ADHD, afferenti alle UONPIA di Brescia, Bergamo, Como, Cremona, Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico, Fondazione IRCCS «Casimiro Mondino» Pavia, Garbagnate, Lecco, Legnano, Lodi, Mantova, Milano Fatebenefratelli, Niguarda, San Paolo, Vallecamonica, Valtellina, Varese, l'Istituto Eugenio Medea di Bosisio Parini (LC) e il Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.*

Tra gli obiettivi di condivisione del suddetto progetto vi sono quelli di garantire la formazione e l'aggiornamento per gli operatori dei Centri citati relativamente agli interventi diagnostici e terapeutici (in modo particolare curando la relazione con i bambini, le famiglie e la scuola), garantire una formazione e informazione adeguata a pediatri, operatori dei servizi territoriali, insegnanti, genitori, e infine produrre e diffondere materiale informativo dalla comprovata validità scientifica.

I 18 centri di Riferimento regionali, attraverso il lavoro dei propri referenti, hanno condiviso esperienze e materiali in grado di consentire la produzione di materiale informativo specifico rivolto a operatori, insegnanti e genitori. Grazie ai fondi elargiti dalla Regione Lombardia tale materiale ha per la prima volta la possibilità di essere riprodotto e diffuso in maniera significativa all'interno delle realtà principalmente coinvolte nel rapporto con il bambino ADHD: Studi pediatrici, Ospedali, Scuole e Famiglie.

Per maggiori informazioni sulle iniziative formative e informative relative al progetto regionale, rivolgersi a:

dott. Gianluca Daffi, e-mail: daffi.gianluca@gmail.com

<http://givitiweb.marionegri.it/Centers/Public/ADHD>

<http://adhd lombardia.webnode.it>

1. Che cos'è l'ADHD

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività, ADHD (acronimo inglese per *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) è un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino che si manifesta in tutti i suoi contesti di vita, i cui sintomi cardine sono: inattenzione, impulsività e iperattività.

Riguarda bambini/adolescenti che in genere hanno un buon livello cognitivo, ma nonostante ciò il loro rendimento scolastico non è ottimo in quanto il disturbo compromette il loro funzionamento globale.

Il sintomo dell'**INATTENZIONE** comprende:

- deficit di attenzione focale e sostenuta
- facile distraibilità, anche con stimoli banali
- ridotte capacità esecutive nell'esecuzione dei compiti scolastici, nelle attività quotidiane, nel gioco e nello sport
- difficoltà nel seguire un discorso
- interruzione di attività iniziate
- evitamento di attività che richiedono sforzo cognitivo.

Il sintomo dell'**IPERATTIVITÀ** si manifesta come:

- incapacità di stare fermi
- attività motoria incongrua e afinalistica
- gioco rumoroso e disorganizzato
- eccessive verbalizzazioni
- ridotte possibilità di inibizione motoria.

Il sintomo dell'**IMPULSIVITÀ** si esprime con:

- difficoltà di controllo comportamentale
- incapacità di inibire le risposte automatiche
- scarsa capacità di riflessione
- difficoltà a rispettare il proprio turno
- tendenza a interrompere gli altri

- incapacità di prevedere le conseguenze di un'azione
- mancato evitamento di situazioni pericolose.

Secondo il DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) nell'ADHD esistono tre sottotipi:

1. *Prevalentemente inattentivo*, se prevalgono i sintomi di disattenzione sopradescritti: il bambino è quindi facilmente distraibile, ma non eccessivamente iperattivo/impulsivo (20-30% dei casi ADHD).
2. *Prevalentemente iperattivo/impulsivo*, se prevalgono i sintomi di iperattività/impulsività sopra elencati: il bambino è quindi estremamente iperattivo e/o impulsivo e può non avere o avere in forma ridotta i sintomi di inattenzione; è più frequente nei bambini piccoli (<15% dei casi ADHD).
3. *Sottotipo combinato*, se sono presenti tutti e tre i sintomi cardine; racchiude la maggior percentuale dei pazienti (50-75% dei casi ADHD).

Tutti i bambini/adolescenti possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti descritti, ma nell'ADHD tali comportamenti sono:

- inadeguati rispetto allo stadio di sviluppo
- a insorgenza precoce (prima dei 7 anni)
- pervasivi: espressi in diversi contesti (casa, scuola, gioco)
- significativamente interferenti con le attività quotidiane.

Secondo il DSM-IV è necessario che siano presenti sei o più sintomi di **inattenzione** o di **iperattività/impulsività** (da almeno sei mesi) per porre diagnosi di ADHD.

Gli studi epidemiologici, condotti in molti Paesi del mondo, stimano che dal 3 al 5% della popolazione in età scolare presenta l'ADHD; in Italia la stima è del 2%.

La prevalenza delle forme particolarmente severe è stimata intorno all'1% della popolazione in età scolare.

Il rapporto tra maschi e femmine è di 6-9 maschi su 1 femmina (M:F=6-9:1) in campioni clinici, e di 4 maschi su 1 femmina (M:F=4:1) in campioni epidemiologici.

Questi dati mostrano quindi come le femmine ADHD siano in numero maggiore rispetto a quelle diagnosticate, in quanto la sintomatologia, esprimendosi in prevalenza sul piano dell'inattenzione, porta i genitori a rivolgersi di meno ai servizi specialistici.



2. *Le cause dell'ADHD*

L'ADHD è un **disturbo neurobiologico**, dovuto alla disfunzione di alcune aree e di alcuni circuiti del cervello e allo squilibrio di alcuni neurotrasmettitori (come noradrenalina e dopamina), responsabili del controllo di attività cerebrali come l'attenzione e il movimento.

L'ADHD è un disturbo a eziologia multifattoriale, i fattori responsabili della sua manifestazione sono diversi: genetici, neurobiologici, ambientali.

FATTORI GENETICI

Gli *studi famigliari* mostrano un'alta prevalenza di ADHD e di altri disturbi mentali nei parenti dei pazienti.

Gli *studi sulle adozioni* mostrano una maggiore prevalenza di ADHD nei genitori biologici rispetto ai genitori adottivi.

Gli *studi sui gemelli* mostrano una concordanza dei sintomi ADHD maggiore nei gemelli omozigoti (con lo stesso patrimonio genetico) rispetto ai gemelli eterozigoti (con diverso patrimonio genetico). Il coefficiente di ereditabilità è di 0,65-0,90.

FATTORI NEUROBIOLOGICI

Come nella maggior parte dei disturbi neuropsichiatrici, anche per l'ADHD possiamo parlare di predisposizione neurobiologica (ci possono essere soggetti più a rischio di altri, ma non è detto che sviluppino il disturbo), che si intreccia con l'effetto dell'ambiente. Il rischio di sviluppare il disturbo aumenta se alla predisposizione si aggiungono fattori negativi ambientali, mentre diminuisce in presenza di fattori protettivi ambientali.

FATTORI BIOLOGICI ACQUISITI

Tra le possibili cause acquisite che possono incontrare le predisposizioni neurobiologiche e orientare la comparsa del disturbo vi sono l'esposizione intrauterina ad alcool o nicotina, la nascita pretermine del bambino e il basso peso alla nascita, infine disturbi cerebrali del bambino (encefaliti, traumi).

FATTORI AMBIENTALI

I fattori ambientali *modulano* l'effetto dei fattori biologici.

I fattori ambientali che portano a una maggiore espressione della sintomatologia sono: instabilità familiare, conflittualità genitoriale, disturbi psicologici dei genitori, stress familiare per cause contingenti (lutti, problemi economici, trasferimenti, traumi e tutti i cambiamenti non desiderati e fonte di preoccupazione e stress nei genitori e/o nel bambino), scarsa competenza dei genitori, rapporto negativo bambino-genitori, rapporto negativo bambino-insegnanti.



3. I disturbi associati

I bambini e gli adolescenti con ADHD possono manifestare anche altri disturbi psicologici e psichiatrici in contemporanea (questo si definisce comorbidità): nell'80% dei casi l'ADHD si associa ad altri disturbi.

Disturbi molto frequenti (>50%)

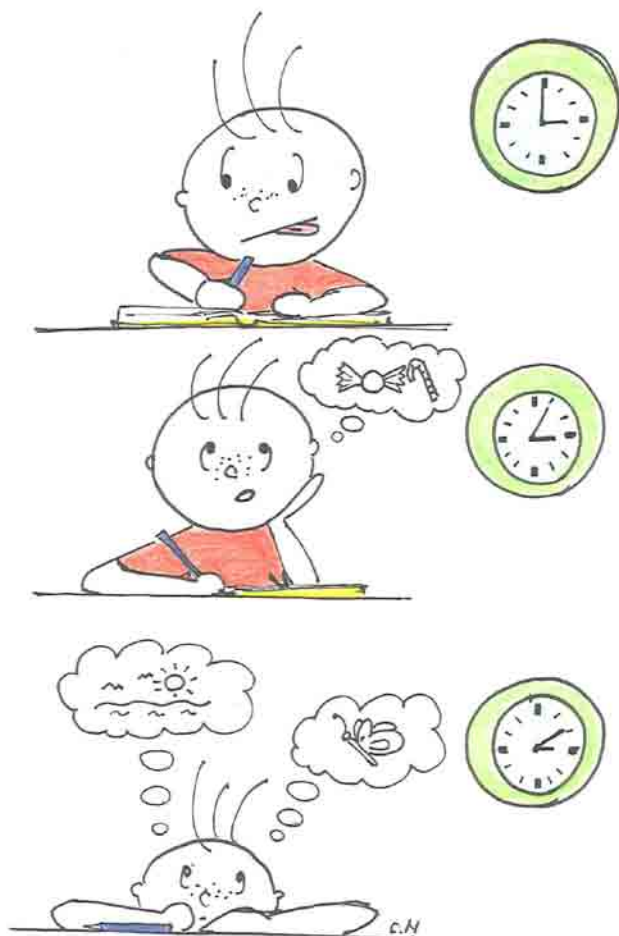
- *Disturbo Oppositivo Provocatorio*: è una modalità ricorrente che persiste per almeno 6 mesi di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente e ostile nei confronti delle figure dotate di autorità (64% dei casi di ADHD).
- *Disturbo della Condotta*: è una modalità di comportamento ripetitiva e persistente (per almeno 6 mesi), in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati (25% dei casi di ADHD).

Disturbi frequenti (fino al 40%)

- *Disturbi d'ansia*: 55%.
- *Tipi diversi di ritardo del neurosviluppo*:
 - Disturbi Specifici dell'Apprendimento (42%): competenze di lettura, scrittura, calcolo o grafia al di sotto dell'età cronologica (dislessia 23%, disortografia 26%, disgrafia 60%, discalculia 28%).
 - Disturbo evolutivo della coordinazione motoria (8%).
 - Disturbi del linguaggio.

Disturbi meno frequenti (fino al 20%)

- *Tic* (4%).
- *Depressione* (37%).
- *Disturbi dello spettro autistico* (0,1%).
- *Ritardo Mentale*.
- *Epilessia* (2%).



4. La diagnosi

La diagnosi di ADHD è di competenza del Neuropsichiatra Infantile o di altri operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e si basa sulla raccolta di informazioni fornite dai genitori e dagli insegnanti e sull'osservazione e valutazione clinica del bambino da parte dello specialista.

La diagnosi di ADHD deve:

- basarsi su un'accurata valutazione clinica del bambino/ adolescente;
- coinvolgere oltre al bambino/adolescente anche i genitori e gli insegnanti;
- prevedere l'impiego di questionari, scale di valutazione e interviste diagnostiche.

Gli strumenti utili per la diagnosi sono:

- interviste semi-strutturate
- questionari auto o etero-somministrati
- tecniche di osservazione comportamentale
- test cognitivi per rilevare il livello di sviluppo cognitivo
- test neuropsicologici sulle funzioni esecutive e competenze attentive
- test neuropsicologici sulle aree specifiche dell'apprendimento (eventuale comorbidità di DSA)
- test per la valutazione della sfera emotiva (eventuale comorbidità di disturbi emotivi, ad es. ansia, ritiro sociale, ecc.)

I test neuropsicologici, i questionari per genitori e insegnanti, le scale di valutazione sono **utili per misurare la severità del disturbo e seguirne nel tempo l'andamento.**

5. La compromissione funzionale e il decorso dell'ADHD

L'ADHD è un disturbo neurobiologico diagnosticabile che, se non viene correttamente trattato, **può incidere pesantemente su tutti gli aspetti della vita dei bambini e delle loro famiglie.**

Le alterazioni funzionali e le loro conseguenze a scuola

È proprio in un ambiente come quello della classe, dove ci si aspetta che gli studenti prestino attenzione alle lezioni, stiano seduti al loro banco e completino i loro compiti, in cui disattenzione, iperattività e impulsività si rendono più evidenti, pur essendo costantemente presenti durante l'intera giornata.

Il bambino/adolescente ADHD ha uno scarso adattamento alle esigenze scolastiche, difficoltà a tenere il ritmo della classe e un rendimento accademico basso, in quanto non è capace di portare a termine gli obiettivi accademici e può essere punito per il suo comportamento dirompente.

L'adolescente ADHD, se ha raggiunto la scuola secondaria di 2° grado, spesso la abbandona.

Il bambino ADHD può quindi avere bisogno di un insegnante di sostegno.

Le alterazioni funzionali e le loro conseguenze a casa

A casa l'impatto dell'ADHD si ripercuote su tutta la famiglia.

I genitori pensano di non esser capaci di svolgere il loro compito in quanto il loro figlio non rispetta le regole familiari e non si comporta in maniera adeguata.

Fratelli e/o sorelle del bambino/adolescente con ADHD soffrono per il comportamento dirompente e spesso vengono trascurati dai genitori.

Le alterazioni funzionali e le loro conseguenze sulle situazioni sociali

I bambini e gli adolescenti con ADHD vengono costantemente ripresi e/o puniti per i loro comportamenti, possono avere difficoltà a legare con i coetanei, tendono a essere distruttivi o aggressivi, sono rifiutati dai compagni di gioco e dai coetanei.

Questi bambini vengono spesso isolati e/o emarginati e l'intera famiglia soffre a causa del loro disturbo perché non viene più coinvolta nelle attività sociali con amici e parenti.

Le alterazioni funzionali e le loro conseguenze su se stessi

L'autostima dei bambini/adolescenti con ADHD è compromessa dal giudizio negativo degli insegnanti, della famiglia e dei coetanei: gli individui con ADHD, si sentono spesso rifiutati e non amati, si vedono come poco intelligenti e non hanno fiducia in se stessi.

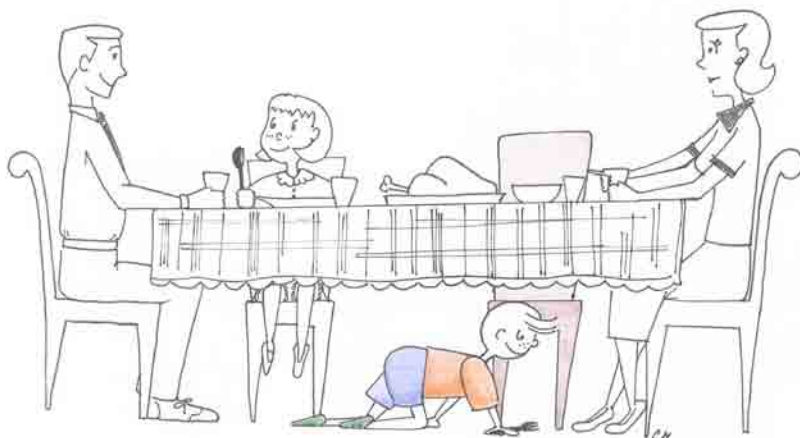
Spesso la mancanza di autostima porta a un comportamento di autodistruzione.

Il decorso del disturbo

Il rischio di persistenza dei sintomi ADHD in adolescenza e nella prima età adulta è elevato.

Il quadro disfunzionale di un adolescente ADHD (13-17 anni) è caratterizzato da difficoltà nella pianificazione e organizzazione,

inattenzione persistente, riduzione dell'irrequietezza motoria, problemi comportamentali e di apprendimento scolastico, comportamento aggressivo, fino a condotte antisociali e delinquenziali con ricerca di sensazioni forti, abuso di alcool e droghe, condotte pericolose e relazioni sessuali più precoci e promiscue.



6. *Gli interventi terapeutici*

Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla sua situazione familiare e sociale.

Lo scopo degli interventi terapeutici è quello di migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare le capacità di apprendimento scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini.

Gli interventi possono rivolgersi a bambini, genitori e insegnanti:

1. **Bambini**

- *Psicoeducazione e Child-training* (terapia cognitivo-comportamentale). L'intervento ha l'obiettivo di rendere consapevole il bambino del disturbo e di fargli conoscere le sue caratteristiche comportamentali e cognitive; far imparare a usare le procedure di *problem solving* e di autogestione per migliorare l'auto-monitoraggio e il raggiungimento degli obiettivi auto-diretti; applicare il training di autoistruzione per migliorare l'apprendimento e per ridurre le lacune accademiche; utilizzare procedure di training delle abilità sociali, delle abilità di comunicazione e di controllo della rabbia per ridurre i problemi di interazione sociale; impiegare le procedure cognitive e il training delle abilità sociali per ridurre la presenza di bassa autostima e depressione.
- *Terapia farmacologica e incontri di controllo*. I farmaci approvati in Italia per il «trattamento dell'ADHD nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale» sono: Ritalin (Metilfenidato) e Strattera (Atomoxetina HCl). La terapia farmacologica viene proposta in base

alla severità del disturbo, alla compromissione clinica moderata o grave, alla presenza di figure adulte affidabili nella gestione del farmaco.

2. Famiglia

- *Psicoeducazione e Parent Training.* L'intervento si svolge con incontri periodici semi-strutturati (circa 10) con i genitori, al fine di fornire loro informazioni sull'ADHD e nell'applicazione di strategie comportamentali. Lo scopo è quello di fare esercitare i genitori nel comprendere i comportamenti del figlio e nell'implementare atteggiamenti costruttivi; strutturare un ambiente che favorisca l'autoregolazione e la riflessività; insegnare loro alcune tecniche educative e ampliare il loro bagaglio di strategie.

3. Scuola

- *Psicoeducazione e Teacher Training.* Gli obiettivi dell'intervento sono coinvolgere gli insegnanti nella conoscenza del disturbo; comprendere i processi cognitivi che sottendono i comportamenti; modificare gli atteggiamenti didattici tradizionali; rispettare le caratteristiche di apprendimento del bambino; prestare attenzione alla dimensione psicologica.

La circolare MIUR (Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca) n. 4098 del 15.06.2010 prevede un protocollo operativo con suggerimenti utili nella didattica e nella gestione globale del bambino con ADHD.

7. Percorsi di Parent Training

Perché proporre un programma di Parent Training?

Il lavoro con il bambino, a volte, non è sufficiente per produrre l'apprendimento di adeguati comportamenti a casa e a scuola.

La famiglia è una risorsa importante per favorire i comportamenti positivi del bambino, soprattutto nell'età prescolare; l'istinto materno e paterno, ovvero la disponibilità dei genitori ad affrontare le problematiche sollevate dal figlio con ADHD, però non sono sufficienti a modificare i comportamenti iperattivi e/o la disattenzione.

È quindi indispensabile, nell'ottica dell'approccio multimodale, intervenire sui genitori attraverso la psicoeducazione e la terapia cognitivo-comportamentale, chiamata *Parent Training*.

Per *Parent Trainings* si intende un'attività di formazione di gruppo diretta da conduttori esperti e rivolta ai genitori di bambini con particolari difficoltà, al fine di **sviluppare maggiore consapevolezza e competenza** nella risoluzione di problematiche inerenti la gestione e l'educazione dei figli.

Genitori più riflessivi, coerenti e organizzati rendono i loro figli più autonomi nel trovare alternative di pensiero e di comportamento.

Struttura degli incontri di gruppo

Il programma di *Parent Training* prevede 10 incontri a cadenza settimanale o quindicinale; tale intervallo di tempo consente alle famiglie di applicare nel contesto quotidiano le strategie discusse e ragionare, nell'incontro successivo, sulle difficoltà incontrate e sui risultati ottenuti.

Ogni incontro dura all'incirca 2 ore, che sono variabili in quanto diversi fattori possono determinare la necessità di una disponibilità

di tempo superiore (ad es., numerosità del gruppo, loquacità dei partecipanti, necessità di una specifica supervisione rispetto a problematiche particolari). Durante gli incontri si utilizza una combinazione di materiale scritto e di istruzioni verbali.

Inoltre, in base alle esigenze delle singole famiglie, è possibile effettuare incontri individuali prima e/o dopo il percorso di gruppo.



8. Il rapporto con i servizi del territorio

In tutto l'iter diagnostico e terapeutico il Centro di Riferimento per l'ADHD all'interno della UONPIA rappresenta la prima risorsa del territorio a cui fare riferimento per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD.

Le varie figure professionali (medico NPI, psicologo, educatore, infermiere, ecc.) in raccordo con la famiglia e la scuola (e tutti gli altri servizi educativi, ludico-ricreativi, sportivi e parrocchiali) attuano, attraverso l'*intervento di rete*, quel trattamento multimodale che garantisce il completo e adeguato sostegno alla cura del bambino/adolescente ADHD.



9. Modalità di segnalazione e invio ai centri

Quando un genitore *sospetta* che il proprio figlio abbia l'ADHD, è necessario che ne parli con il pediatra, che rilascerà l'impegnativa per una prima visita neuropsichiatrica infantile per sospetto deficit d'attenzione e iperattività.

È necessario rivolgersi alla sede UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) della propria zona che può essere o sede territoriale o inserita all'interno dell'Ospedale del proprio distretto sanitario.

Attraverso la telefonata al Centro, con diverse modalità e procedure che variano nelle diverse UONPIA, si verrà messi in lista d'attesa per una prima visita. I genitori saranno chiamati in seguito per il primo appuntamento con il Neuropsichiatra Infantile per la raccolta anamnestica e la visita con esame neurologico e colloquio clinico con il bambino/adolescente. Nel primo appuntamento vengono consegnati i questionari di auto-etero somministrazione per genitori, insegnanti e, se il figlio supera i 12 anni, anche quelli per adolescenti.

A seguito di questa prima fase seguiranno gli appuntamenti per i *test cognitivi e neuropsicologici* diretti al bambino/adolescente. Per concludere l'iter diagnostico l'équipe, di solito composta da medico NPI e psicologo, stende una relazione clinica e la certificazione dando restituzione degli esiti in un colloquio conclusivo ai genitori (se ritenuto utile, anche al bambino/adolescente).

In occasione del colloquio di restituzione, verrà consegnata *certificazione di ADHD*, che dovrà essere depositata a scuola per avere diritto al protocollo operativo individuato dalla Circolare MIUR (n. 4089 del 14.06.2010) con una differenziazione della didattica e gestione globale del bambino/adolescente a scuola.

Durante il colloquio verranno presentati anche gli *interventi terapeutici* con relative tempistiche che terranno conto dell'età, delle risorse del contesto del bambino/adolescente e della severità del disturbo. Fondamentale sarà la disponibilità e motivazione di genitori e insegnanti, che dovranno sostenere il percorso di cura del bambino/adolescente, diventandone i diretti interessati (*Parent Training e teacher training*).

Si elencano i 18 Centri di Riferimento per l'ADHD in Regione Lombardia:

Azienda Osp. Niguarda Cà Granda – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
P.zza Ospedale Maggiore, 3 – Milano
Tel. 02.64443959; 02.64443915

Azienda Osp. Ist. Opital. di Cremona – Neuropsichiatria Infantile – Polo Ospedaliero UONPIA
V.le Concordia, 1 – Cremona
Tel. 0372.405629; 0372.405228

Azienda Osp. Spedali Civili di Brescia – Neuropsichiatria Infantile – Polo Ospedaliero UONPIA
Via Maiera, 21 – Brescia
Tel. 030.3704433; 030.3995723

Azienda Osp. «Valtellina» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Stelvio 25 – Sondrio
Tel. 0342.521503; 0342.521555

Azienda Osp. Ospedali Riuniti – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
L.go Barozzi, 1 – Bergamo
Tel. 035.269711; 035.266166

Azienda Osp. «San Paolo» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA

Via A. Di Rudini, 8 – Milano
Tel. 02.81844702/3; 02.50323115

Azienda Osp. «A. Manzoni» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
Via dell'Eremo 9/11 – Lecco
Tel. 0341.489165/160; 0341.489161

Azienda Osp. «Sant'Anna» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Ferrari, 9 – Como
Tel. 031.5854115/4116; 031.3370082

Azienda Osp. Fatebenefratelli – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
C.so Plebisciti, 4 – Milano
Tel. 02.740655; 02.7490185

Azienda Osp. G. Salvini – Neuropsichiatria Infantile
Polo Territoriale UONPIA
Via Forlanini, 121 – Garbagnate Milanese (MI)
Tel. 02.994303026; 02.994303252

Azienda Osp. «Fondazione Macchi» – Neuropsichiatria Infantile
Polo Ospedaliero UONPIA
V.le Borri, 57 – Varese
Tel. 0332.299352; 0332.299381

A.S.L. di Vallecamonica-Sebino – Dip Sal. Ment. Neuropsi-
chatria Infantile – Servizio di N.P.I.A
Via Nissolina, 2 – Breno (Bs)
Tel. 0364.369415; 0364.369372

IRCCS Ist. Medea; Associazione La Nostra Famiglia – Bosisio
Parini (Lecco) – Neuroriabilitazione 2
Istituto Scientifico Medea Bosisio Parini – Lecco
Tel. 031.877582/339; 031.877499

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi – Neuropsichiatria
Infantile – Polo Territoriale UONPIA
Piazza Ospedale, 10 – Lodi
Tel. 0371.372820

Azienda Osp. «Ospedale Civile» Legnano
Polo Territoriale UONPIA
Via Ferraris, 33 – Legnano (MI)
Tel. 0331.1776061

Fondazione IRCCS CA' GRANDA Ospedale Maggiore Policlinico
Polo Ospedaliero UONPIA
Via Manfredo Fanti, 6 – Milano
Tel. 02.55034400; fax. 02.55034420

IRCCS Istituto Neurologico C. Mondino – Ist. Neurologico
Casimiro Mondino Via Ferrata, 8 – Pavia
Tel. 0382.380222/280; 0382.380286

10. Per approfondire

- AAVV (2013), *ADHD a scuola: strategie efficaci per gli insegnanti*, Erickson, Trento.
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. e Pettenò L. (1996), *Impulsività e autocontrollo: Interventi e tecniche meta cognitive*, Erickson, Trento.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. e Vio C. (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva: Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività*, Erickson, Trento.
- Daffi G. e Prandolini C. (2013), *ADHD e compiti a casa*, Erickson, Trento.
- Di Pietro M. (1992), *L'educazione razionale-emotiva: Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini*, Erickson, Trento.
- Di Pietro M., Bassi E. e Filoramo G. (2001), *L'alunno iperattivo in classe: Problemi di comportamento e strategie educative*, Erickson, Trento.
- Horstmann K. e Steer J. (2012), *Aiutare gli alunni con ADHD nella scuola: Strategie per promuovere l'autoregolazione e il benessere in classe*, Erickson, Trento
- Ianes D., Marzocchi G.M. e Sanna G. (2009), *Facciamo il punto su... l'iperattività*, Erickson, Trento.
- Kirby E.A. e Grimley L.K. (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività: Guida per psicologi e insegnanti*, Erickson, Trento.
- Shiller V.M. (2013), *Ti meriti un premio! Strumenti positivi per l'educazione dei figli*, Erickson, Trento.