

ADHD

Guida per i genitori



Regione Lombardia



**Centro
Studi
Erickson**

INDICE

<i>Premessa: Il Progetto Regionale ADHD</i>	<i>p. xx</i>
<i>Presentazione della guida (a cura di)</i>	<i>p. xx</i>
1 Che cos'è l'ADHD: sintomi, sottotipi e frequenza	<i>p. xx</i>
2 Le cause dell'ADHD	<i>p. xx</i>
3 I disturbi associati all'ADHD	<i>p. xx</i>
4 La diagnosi	<i>p. xx</i>
5 La compromissione funzionale e il decorso dell'ADHD	<i>p. xx</i>
6 Gli interventi terapeutici	<i>p. xx</i>
7 Percorsi di parent training	<i>p. xx</i>
8 Il rapporto con i servizi del territorio	<i>p. xx</i>
9 Percorsi di parent training	<i>p. xx</i>
10 Il rapporto con i servizi del territorio	<i>p. xx</i>



Premessa

Il Progetto Regionale ADHD: 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» Milano, Fondazione IRCCS «Casi-miro 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

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

xxxxxxxxxxxxxx <http://adhdlobardia.webnode.it>

1. Che cos'è l'ADHD

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed 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.

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, compresa l'Italia, stimano che dal 3 al 5% della popolazione in età scolare presenta l'ADHD.

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 sono 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

La *neuroanatomia* mostra aree del Sistema Nervoso Centrale di dimensioni inferiori nei pazienti ADHD:

- **Encefalo** (~4%): lobo frontale destro (~8%)
- **Gangli della base** (~6%) à Normalizzazione (~18 anni)
- **Cervelletto** (12%) à Ulteriore riduzione (~18 anni)

La *neurofisiologia* grazie all'uso della SPECT (tomografia ad emissioni di fotone singolo) mostra una diversa attivazione di aree cerebrali rilevando diverse concentrazioni del flusso ematico (il

sangue trasporta ossigeno e sostanze nutritive ai neuroni che solo le cellule del sistema nervoso centrale e quindi del cervello): rispetto a un soggetto normale la corteccia senso motoria è più attivata, mentre il lobo frontale e il cervelletto sono meno attivati.

Con la PET (tomografia ad emissione di positroni) si rilevano aree neuronali diversamente attivate tra soggetto normale e soggetto ADHD durante l'esecuzione di un compito.

FATTORI BIOLOGICI ACQUISITI

Tra le cause acquisite vi è 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 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 sue 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 puniti 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 sue 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 sue conseguente in 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 così isolati e/o emarginati e l'intera famiglia soffre a causa del disturbo del figlio perché non più coinvolta nelle attività sociali con amici e parenti.

Le alterazioni funzionali e le sue 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 delinquenziale 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 sono rivolti a:

1. **Bambini**

- *Psicoeducazione e Child-training* (terapia cognitivo-comportamentale). L'intervento ha l'obiettivo di essere consapevole del disturbo e conoscere le sue caratteristiche comportamentali e cognitive; imparare ad 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 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 sull'applicazione di strategie comportamentali. Lo scopo è quello di fare esercitare i genitori a comprendere i comportamenti del figlio e ad implementare atteggiamenti costruttivi; strutturare un ambiente che favorisca l'auto-regolazione e la riflessività; insegnare ai genitori alcune tecniche educative ed ampliare il loro bagaglio di strategie. Questo intervento verrà approfondito nel paragrafo seguente.

3. SCUOLA

- *Psicoeducazione e Teacher Training.* Gli obiettivi dell'intervento sono di coinvolgere le insegnanti sul conoscere il 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.

La frequente presenza di relazioni disfunzionali dei membri della famiglia con il bambino ne aggravano il suo profilo psicologico.

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

Per *parent training* 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 porta ad avere 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 (es. numerosità del gruppo, loquacità dei partecipanti, necessità di una specifica supervisione rispetto a problematiche particolari). Gli incontri, in cui si utilizza una combinazione di materiale scritto e di istruzioni verbali, sono strutturati nel modo seguente.

- **INCONTRO 1: *Perché i bambini si comportano male.*** Quest'incontro è volto ad insegnare ai genitori le cause tipiche del comportamento inadeguato del bambino, il modo in cui esse interagiscono e ciò che i genitori possono fare per identificare tali cause nella loro specifica situazione.
- **INCONTRO 2: *Fate attenzione!*** Generalmente all'inizio del parent training, il livello di attenzione che i genitori rivolgono al bambino è molto basso, in quanto essa non è ritenuta una valida modalità per motivare un comportamento migliore da parte del bambino. Questa fase è volta a insegnare ai genitori come sostituire uno stile educativo inefficace o persino dannoso con modalità più efficaci di accudimento e di apprezzamento del comportamento del bambino.
- **INCONTRO 3: *Come incrementare l'obbedienza e il comportamento indipendente.*** Le nuove abilità di accudimento sviluppate dai genitori vengono, in questo incontro, specificatamente dirette a migliorare l'obbedienza del bambino (ad es., attraverso riconoscimento, apprezzamento e premi quando il bambino si comporta nel modo richiesto). Questa fase inoltre insegna ai genitori ad interagire in modo appropriato con il bambino quando egli non li infastidisce o interrompe nelle situazioni in cui essi stanno svolgendo un'altra attività (ad es., parlare al telefono, lavorare in cucina, parlare con un ospite, ecc.) al fine di aumentare gli intervalli di tempo in cui il bambino si gestisce in modo autonomo ed adeguato.
- **INCONTRO 4: *Quando gli elogi non bastano: sistema a gettoni e a punti.*** Poiché le lodi e l'attenzione raramente sono sufficienti a migliorare l'obbedienza dei bambini clinicamente significativi, a questo punto si propone ai genitori un programma motivazionale più efficace che comporta la distribuzione di ricompense e premi. Questo programma è molto utile per i bambini di età mentale di 4

anni o più e consente di incrementare l'obbedienza del bambino ai comandi, alle regole, ai lavoretti e regole sociali in casa.

- **INCONTRO 5: *Sistema della pausa e altri metodi di disciplina.*** In questo incontro, ai genitori viene insegnato come usare il sistema a gettoni, descritto prima, come una forma di punizione per comportamenti inappropriati, o «costo della risposta» (ad esempio nel programma a gettoni sono assegnate penalità per il comportamento inappropriato). Inoltre si introduce l'uso della pausa come metodo di disciplina.
- **INCONTRO 6: *Estendere la pausa ad altri comportamenti inadeguati.*** L'incontro è volto a riflettere sull'uso e l'estensione a diversi contesti del «sistema della pausa» (o time out).
- **INCONTRO 7: *Anticipare i problemi: gestire il bambino in luoghi pubblici.*** In questo incontro, i genitori sono invitati ad estendere le tecniche apprese, opportunamente modificate, in luoghi pubblici (ad esempio ristoranti, chiesa, ecc.). Il training comprende un metodo definito «pensa ad alta voce – pensa in anticipo»: i genitori pianificano come gestire il comportamento inappropriato prima di entrare nell'edificio pubblico, informano il bambino di tale piano e lo applicano quando sono nel luogo pubblico. Ai genitori viene spiegato come utilizzare tale strategia anche a casa nelle situazioni in cui ci sono variazioni prevedibili alla routine quotidiana (ad es., vengono ospiti a casa, aumentano le richieste nello svolgimento delle faccende domestiche, è l'ora del bagno o di andare a letto).
- **INCONTRO 8: *Migliorare la condotta scolastica da casa: il resoconto scolastico giornaliero.*** Ai genitori viene proposta una modalità di collaborazione con i docenti del bambino al fine di migliorare il comportamento del bambino durante le ore scolastiche.
- **INCONTRO 9: *Gestire i futuri problemi di comportamento.*** Ai genitori viene illustrato come le tecniche comportamentali apprese potranno essere estese ad altri problemi comportamentali che il bambino momentaneamente non manifesta. Inoltre, ai genitori viene chiesto come essi pianificherebbero un diverso programma comportamentale basato sui metodi che sono stati proposti.

● INCONTRO 10: *Fase di mantenimento e incontri di controllo.*

Questo ultimo incontro è a distanza di un mese dal precedente ed è volto a verificare l'applicazione delle tecniche comportamentali proposte e risolvere eventuali problemi insorti, nonché a pianificare quando è opportuno interrompere il sistema a punti casalingo. Si concorda con i genitori un incontro di controllo a distanza di tre mesi, in cui rivalutare (e riaffrontare se necessario) i progressi ed i problemi.

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 che si rivolga al Centro di Riferimento Regionale per l'ADHD della sua zona per il primo appuntamento. Il Centro ADHD è spesso all'interno della UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) dell'Ospedale del proprio distretto sanitario.

Fissando un *appuntamento telefonico* sarà possibile compilare la scheda di segnalazione con l'Infermiera del Centro che gestisce il primo contatto. I genitori verranno chiamati in tempi brevi 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 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'equipe, di solito composta da medico NPI e psicologo, stendono relazione clinica e 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, intervenendone 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
P.le Spedali Civili, 1 – Brescia
Tel. 030.3005722; 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 Porta Nuova, 23 – Milano
Tel. 02.63632860/61; 02.2570219
- 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. Neuropsichiatria Infantile – Servizio di N.P.I.A
Via Nissolina, 2 – Breno (Bs)
Tel. 0364.369415; 0364.369372
- Azienda Osp. della Prov. di Pavia – Neuropsichiatria Infantile
V.le Repubblica, 34 – Pavia
Tel. 0382.695473
- 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 Candiani, 2 – Legnano (MI)
Tel. 0331.449478

- IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Milano
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

Lasciare bianco, correggo l'altra e poi facciamo copia/incolla