

**CHE COS'E' IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E/O
IPERATTIVITA' (ADHD), ASPETTO CLINICO,
ITER DIAGNOSTICO, INDICAZIONI TERAPEUTICHE**



“Protocollo Diagnostico Italiano”

Gior Neuropsich Età Evol 2004;24(Suppl 1):41-87

Linee Guida per il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in Età Evolutiva I. Diagnosi e la terapia farmacologica*

Premessa

In concomitanza con la probabile reintroduzione in commercio del metilfenidato per la terapia del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (o ADHD, acronimo per la definizione anglosassone di *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*), appare utile e necessaria la definizione di linee guida condivise per la diagnosi del disturbo ed il suo trattamento farmacologico. *Le presenti linee guida sono limitate alla diagnosi ed alla terapia farmacologica del Disturbo. I principi ispiratori e la definizione delle singole modalità di intervento psicoeducativo e /o psicoterapico per l'ADHD saranno oggetto di specifiche linee guida.*

Negli ultimi anni la definizione clinica del disturbo, dei suoi criteri diagnostici e delle adeguate strategie terapeutiche è stata oggetto di numerosi studi che hanno permesso a diverse Società Scientifiche (es. *American Academy of Child Adolescent Psychiatry, American Association of Pediatrics, European Society of Child Adolescent Psychiatry*) ed Istituzioni Sanitarie Internazionali (es. *National Institute of Mental Health [NIMH, USA], National Institute for Clinical Excellence [NICE, UK]*) di definire specifiche linee guida.

* Estensori: Gabriele Masi (Pisa), Alessandro Zuddas (Cagliari)
Coordinatore: Carlo Cianchetti (Cagliari)

Nascita del gruppo di studio



Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli - Milano



Ospedali Riuniti di Bergamo



Azienda Ospedaliera di Cremona



Spedali civili - Brescia



Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Grande - Milano



ORDINE
MEDICI CHIRURGI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA



UNIVERSITA' DEGLI
STUDI DI BRESCIA
Scuola di Specializzazione
Neuropsichiatria Infantile



SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA
U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia
e Adolescenza - Ospedale dei Bambini

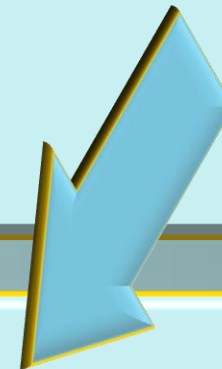
Convegno

LAVORARE INSIEME PER
LA SINDROME DA DEFICIT
DI ATTENZIONE
E IPERATTIVITÀ.
Esperienze a confronto

29 gennaio 2010
ore 9.00

Sala Conferenze
Ordine Medici ed Odontoiatri
Via Lamarmora n. 167
(Palazzo il Diamante) Brescia

Registro Nazionale del trattamento farmacologico dell'ADHD



Registro Regionale dell'ADHD



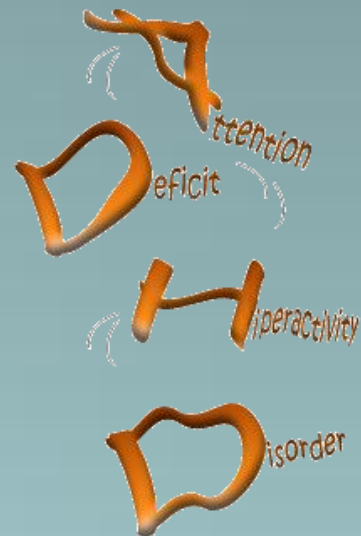
CONVEGNO

**ADHD: per una condivisione dei percorsi
diagnostico-terapeutici**

Milano, 29 maggio 2013



**Registro
Regionale
dell'ADHD**



Ma che cosa è l'ADHD?



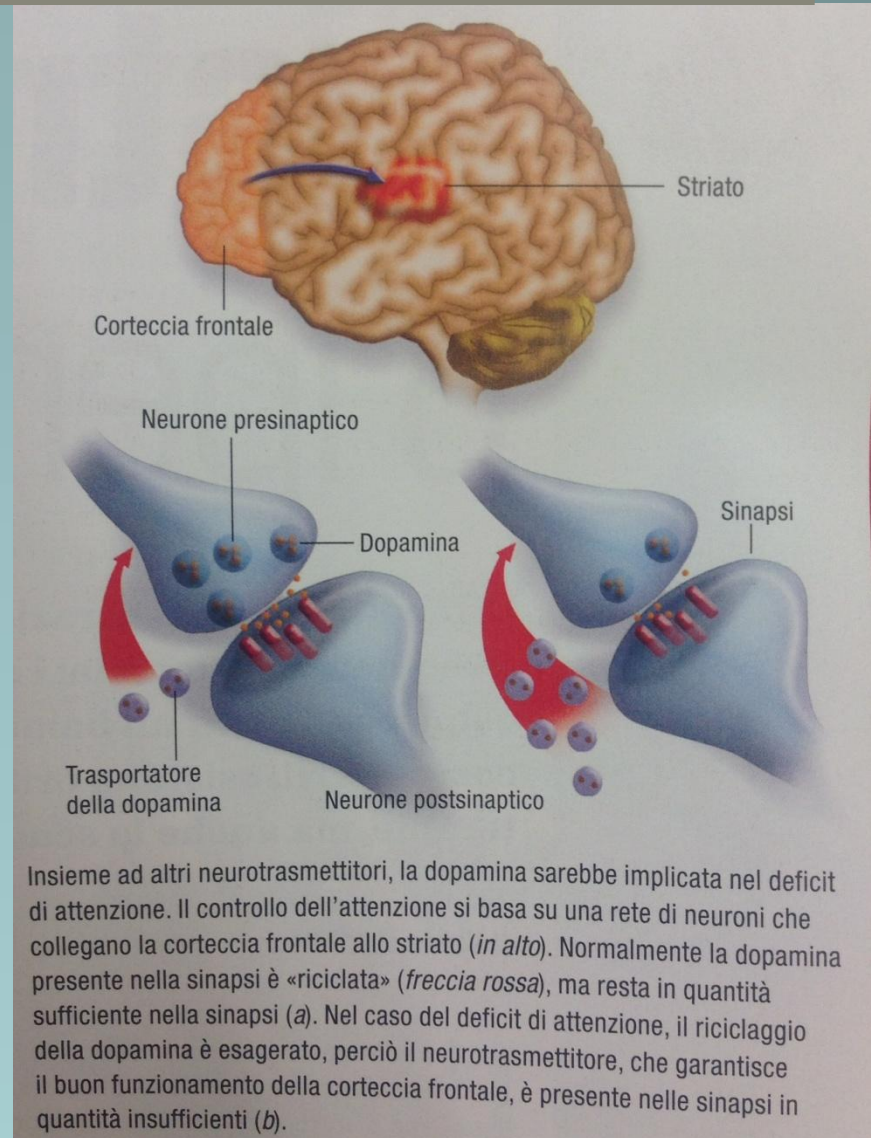
“ Si tratta di una patologia ad impronta neurobiologica (per la presenza di aspetti genetici che influenzano il disturbo), di carattere neuropsicologico (per la compromissione di funzioni esecutive e di altri processi neuropsicologici) e psichiatrico (è un disturbo comportamentale e per la comorbilità che si associa frequentemente)”

L'impronta neurobiologica

LO STUDIO SUI NEUROTRASMETTITORI

“I geni implicati nella regolazione della trasmissione dopaminergica sembrano associati a determinate forme di deficit di attenzione.”

L'aumento dei trasportatori dopaminergici provoca una riduzione della dopamina extracellulare, rallentando di conseguenza la trasmissione delle informazioni neuronali in seno alle reti che collegano la corteccia allo striato.



Eziologia, Genetica comportamentale e molecolare

Studi familiari: alta prevalenza ADHD ed altri disturbi mentali

Studi sulle adozioni : maggiore prevalenza nei genitori biologici che adottivi

Studi sui gemelli : concordanza MZ maggiore rispetto ai DZ, coefficienti ereditarietà elevati (0,65-0,91)

Genetica molecolare : geni trasportatore –recettori e della dopamina in particolare

Eziologia Multifattoriale

La componente genetica

Adhd non come un disturbo dell'attenzione in sé ma come originato da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo, in particolare corteccia prefrontale e nuclei o gangli della base

Le alterazioni cerebrali di queste strutture sembrano legate alla disfunzione di alcuni geni implicati nel neurosviluppo della corteccia prefrontale e dei nuclei della base.

Studi sui gemelli monozigoti hanno evidenziato il fatto che il rischio di sviluppare il disturbo è infatti da 11 a 18 volte superiore in un gemello monozigote di un bambino affetto rispetto ai fratelli non gemelli; si stima che in una percentuale compresa tra il 55 ed il 92% dei gemelli omozigoti di soggetti svilupperà l'Adhd

Eziologia –Fattori Biologici Acquisiti

Esposizione intrauterina ad alcool e nicotina

Nascita pretermine, con peso molto basso
alla nascita

Ritardo di accrescimento intrauterino

Disturbi cerebrali (es traumi, encefaliti ecc)

Eziologia-Neurotrasmettitori

Sistema attentivo anteriore :corteccia prefrontale, giro cingolo ant, striato

Funzione: analisi dei dati

Dopamina:regola selettivamente l'accesso al sistema anteriore, effetto sullo striato

Noradrenalina: modula funzione del sistema anteriore

Eziologia – Fattori psicosociali: modulano il quadro clinico

- 1) Instabilità familiare e conflitto tra i genitori
- 2) Patologia psichiatrica dei genitori
- 3) Inadeguatezza educativa
- 4) Relazioni negative tra genitori e figlio
- 5) Importanza della comorbidità con ad esempio problemi di apprendimento ed altre condizioni comportamentali



Conclusioni: ADHD Eziologia Multifattoriale

ADHD - Definizione Diagnostica

Secondo il DSM IV per fare diagnosi di ADHD occorre che siano osservabili almeno sei dei nove sintomi di inattenzione e/o iperattività specificatamente identificati.

I sintomi descritti devono esordire prima dei sette anni di età, devono durare da più di 6 mesi, devono essere evidenti in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambienti di gioco) e soprattutto devono causare una significativa compromissione del funzionamento globale del bambino. (APA 1994)

Tutti questi sintomi non sono causati da deficit cognitivo ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.

DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA Associazione degli Psichiatri Americani

ICD 10 International Classification of Disease

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

L'ADHD è caratterizzato da due gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.

L'inattenzione o facile distraibilità si manifesta soprattutto come scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine le azioni intraprese: i bambini appaiono costantemente distratti come se avessero sempre altro in mente, evitano di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari o abilità organizzative, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti.

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder

L'impulsività si manifesta come difficoltà, ad organizzare azioni complesse, con tendenza al cambiamento rapido da una attività ad un'altra e difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo.

Tale impulsività è generalmente associata ad iperattività: questi bambini vengono riferiti "come mossi da un motorino", hanno difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei, a scuola trovano spesso difficile anche rimanere seduti.

Classificazione ADHD

DIAGNOSI SECONDO DSM-IV (ADHD)

Inattenzione + Iperattività/impulsività → ADHD: Tipo combinato

Solo inattenzione →

ADHD: Tipo prevalentemente inattentivo

Solo iperattività/impulsività →

ADHD: Tipo prevalentemente iperattivo/impulsivo

DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)

Inattenzione + Iperattività + Impulsività → Disturbo ipercinetico

+

Disturbo della condotta →

Disturbo ipercinetico della condotta

Classificazione ADHD

Approccio dimensionale

ADHD ...

Non è come il diabete, l'epilessia o la malaria (categoriale).

E' piuttosto come l'ipertensione o l'essere in sovrappeso (dimensionale).

SI PUO' ESSERE AFFETTI IN MISURA MAGGIORE O MINORE, I CONFINI SONO INDISTINTI; MA LA SUA CLASSIFICAZIONE (ICD 10-DSM IV) E' DI TIPO CATEGORIALE.

Una precisazione importante

Tutti i bambini possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti. Qualsiasi bambino tende a distrarsi ed a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive.

La ricerca delle novità e la capacità di esplorare rapidamente l'ambiente devono essere considerati comportamenti positivi dal punto di vista evolutivo e come tali stimolati e favoriti.

Specificità dei sintomi

Durata: i sintomi devono durare da almeno 6 mesi;

Età di esordio*: alcuni sintomi devono essere comparsi prima dei 6-7 anni di età;

Pervasività: un deficit funzionale dovuto a tali sintomi deve essere presente in almeno due diversi contesti (es. scuola, lavoro, casa);

Deficit funzionali: i sintomi devono causare una significativa compromissione (sociale, scolastica, lavorativa);

Discrepanza: i sintomi sono più intensi rispetto a quanto atteso in bambini della stessa età;

Esclusione: i sintomi non devono essere attribuibili esclusivamente ad altri disturbi.

*DSM V - Si segnala lo slittamento da 7 a 12 anni come limite di età di diagnosi di ADHD.

I primi sintomi possono essere riconosciuti ad una età maggiore di quella fino ad ora considerata

Il percorso diagnostico

1) Anamnesi

2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente

3) Esame neurologico e psichiatrico

4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)

5) Valutazione Neuropsicologica:

- Funzionamento Cognitivo
- Funzioni esecutive

6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

Protocollo diagnostico: Anamnesi

Mirata sia alla rilevazione dei segni precoci del disturbo, sia all'individuazione di elementi riferibili ad altra condizione morbosa di base.

Particolare cura deve essere riposta all'anamnesi familiare:

- Caratteristiche dei genitori predittivi del disturbo;
- Caratteristiche del bambino fin dalla nascita;
- Fattori protettivi.

Considerare sempre l'evoluzione del disturbo a seconda dell'età.

ADHD in età prescolare

- Massimo grado di iperattività
- Crisi di rabbia tempeste affettive
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, tendenza ad incidenti
- Comportamenti aggressivi
- Disturbi del sonno

Questionario sull'autocontrollo in età prescolare

Marzocchi, Assanelli, Jacob, D'Odorico

Legga attentamente le descrizioni dei comportamenti e risponda mettendo una crocetta nella colonna appropriata, secondo il grado di aderenza della frase al comportamento del bambino in esame.

	Per nulla	Un po'	Abba- stanza	Molto
1- Fatica a dedicarsi a lungo alle cose che fa (giochi ed altre attività, anche con genitori, parenti ed amici) e a portarle a termine.				
2- Mentre fa qualcosa per cui dovrebbe impegnarsi tende a guardarsi intorno e a non andare mai avanti.				
3- Al minimo rumore si distrae da quello che sta facendo.				
4- Sembra non ascoltare quando ci si rivolge direttamente a lui.				
5- Quando inizia attività impegnative si scoraggia facilmente e lascia perdere				
6- Corre e si arrampica dappertutto nei momenti e nei luoghi in cui non si può (ad es. in casa di conoscenti, quando accompagna la mamma in qualche negozio o luogo pubblico).				
7- Non riesce a stare seduto durante lo svolgimento di attività che lo richiederebbero (per es.: un disegno).				
8- Quando deve star seduto si dimena sulla sedia e/o muove in continuazione le mani.				
9- Cambia gioco in continuazione				
10- È continuamente in movimento come se avesse un motorino.				
11- Fa fatica ad aspettare il proprio turno (Esempi: quando si parla in più persone, anche con mamma e papà, interrompe in continuazione, oppure a tavola vuole essere il primo quando si distribuisce il pasto).				
12- Quando gioca con gli amichetti o i compagni non rispetta le regole e vuole fare a "modo suo".				
13- Risponde in fretta, senza aspettare che la domanda sia stata completata.				
14- È impulsivo: si butta a fare le cose senza riflettere.				

Calcolare il punteggio per ognuna delle 3 sottoscale. Assegnare 0 punti in corrispondenza della colonna "per nulla", 1 punto per la colonna "un po'", 2 punti per la colonna "abbastanza", 3 punti per la colonna "molto".

Totale attenzione (1 - 6): _____ (punteggio problematico: 9)

Totale iperattività (7 - 10): _____ (punteggio problematico: 6)

Totale impulsività (11 - 14): _____ (punteggio problematico: 6)

Il percorso diagnostico

1) Anamnesi

2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente

3) Esame neurologico e psichiatrico

4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)

5) Valutazione Neuropsicologica:

- Funzionamento Cognitivo
- Funzioni esecutive

6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

Protocollo diagnostico: conoscenza e osservazione del bambino

Alcuni suggerimenti per favorire l'osservazione clinica:

L'ADHD può non essere osservabile:

- In situazioni altamente strutturate
- In situazioni nuove
- Quando il paziente è impegnato in attività interessanti
- Quando il paziente viene seguito individualmente
- In un contesto controllato e sorvegliato
- Quando vengono elargite frequenti ricompense

L'ADHD peggiora particolarmente:

- In situazioni non strutturate
- Durante attività ripetitive
- In situazioni noiose
- In presenza di molte distrazioni
- Con sorveglianza minima
- Quando si richiede attenzione sostenuta o sforzo mentale
- Durante attività al proprio ritmo

Il percorso diagnostico

- 1) Anamnesi
- 2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente
- 3) Esame neurologico e psichiatrico
- 4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)
- 5) Valutazione Neuropsicologica:
 - Funzionamento Cognitivo
 - Funzioni esecutive
- 6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

Il percorso diagnostico esame neurologico

Disturbo evolutivo specifico della coordinazione motoria: 8%.



Il percorso diagnostico

- 1) Anamnesi
- 2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente
- 3) Esame neurologico e psichiatrico
- 4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)
- 5) Valutazione Neuropsicologica:
 - Funzionamento Cognitivo
 - Funzioni esecutive
- 6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

Protocollo diagnostico: le interviste diagnostiche

TRE PREMESSE IMPORTANTI:

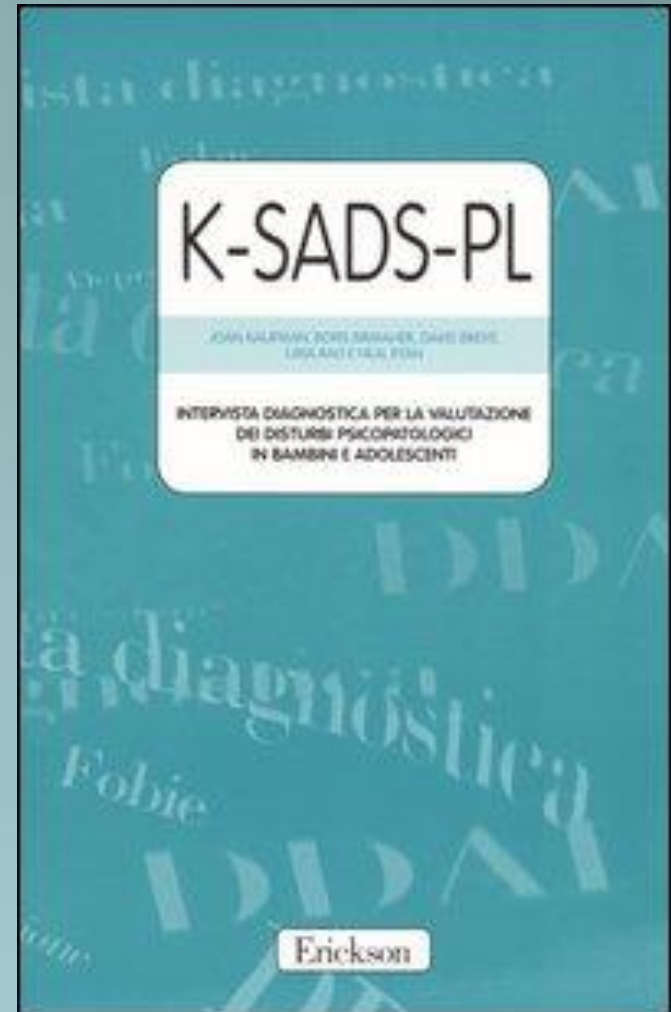
- 1) Le interviste diagnostiche si pongono l'obiettivo di orientare e sistematizzare meglio il percorso valutativo riducendo in tal modo le discrepanze diagnostiche tra i diversi operatori.
- 2) Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD: i test neuropsicologici, i questionari, le scale di valutazione sono utili esclusivamente per definire la severità del disturbo e per seguirne l'andamento.
- 3) Test e questionari possono peraltro risultare utili per individuare eventuali comorbilità (concomitanza di due o più disturbi indipendenti che possono sfociare in una forma qualitativamente distinta, influenzare il quadro clinico, l'evoluzione, la prognosi ed il trattamento) e patologie associate.

K-Sads-PL (1997 - Kaufman ed all)

- Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti(foto)
- Intervista semi-strutturata basata sul giudizio clinico dell'intervistatore in cui ciò che viene strutturato è il “modello di ragionamento clinico”

Vantaggi-Limiti

K-Sads-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia - Present and Lifetime



Altre scale di valutazione e di approfondimento di specifiche aree

- Parent Interview for Child Symptoms (PICS-IV-Schachar e coll 1995)
- Child Behavior Check List- CBCL (Achenbach)

Scale di valutazione dell'Ansia e Depressione:

- Multidimensional Anxiety Scale for Children (Masc, March e coll 1997)
- Pediatric Anxiety Rating Scale (Pars)
- Children Depression Inventory (CDI -Kovacs 1985, 1992)
- TAD (Test dell'ansia e della depressione - Newcomer 1995)

Conners' Parent Rating Scale-RL

Conners' Parent Rating Scale - Revised (L)

di C. Keith Conners, Ph.D. Traduzione di M. Nobile, MD, B. Alberti, Ph.D., e A. Zuddas, M.D.

Nome del paziente: _____ Sesso: **M** **F**
 (Fare un cerchietto)

Data di nascita: ____/____/____ Età: ____ Classe: ____
 (Giorno Mese Anno)

Nome del genitore: _____ Data: ____/____/____
 (Giorno Mese Anno)

Istruzioni: Di seguito vengono riportati una serie di problemi comuni che i bambini presentano. Per piacere rispondete a ogni affermazione a seconda del comportamento di vostro figlio nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi: "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?", e fate un cerchietto attorno alla risposta più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Per favore, rispondete a tutte le affermazioni.

NIENTE AFFATTO APPENA IN ABBAST MOLTO VERO
 VERO PARTE VERO (Molto spesso,
 (Molte, VERO (Spesso, di molto
 raramente) (Ogni tanto) frequente) frequente)

1. È arrabbiato e permaloso	0	1	2	3
2. Ha difficoltà a svolgere o a completare i compiti di casa	0	1	2	3
3. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore"	0	1	2	3
4. È timido, si spaventa facilmente	0	1	2	3
5. Ogni cosa deve essere fatta come vuole lui	0	1	2	3
6. Non ha amici	0	1	2	3
7. Soffre di mal di stomaco	0	1	2	3
8. Si azzuffa	0	1	2	3
9. Evita, è riluttante, o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola e di casa)	0	1	2	3
10. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione quando fa i compiti o quando gioca	0	1	2	3
11. Discute in modo polemico con gli adulti	0	1	2	3
12. Non riesce a portare a termine quanto gli viene assegnato	0	1	2	3
13. È difficile da controllare in centri commerciali o quando si va a fare la spesa	0	1	2	3
14. Ha paura delle persone	0	1	2	3
15. Controlla le cose più e più volte	0	1	2	3
16. Perde gli amici facilmente	0	1	2	3
17. Lamenta malessere o dolori	0	1	2	3
18. È irrequieto o iperattivo	0	1	2	3
19. Ha difficoltà a concentrarsi in classe	0	1	2	3
20. Non sembra ascoltare quanto gli viene detto	0	1	2	3
21. Perde la pazienza	0	1	2	3
22. Ha bisogno che qualcuno lo segua attentamente per terminare quanto gli viene assegnato	0	1	2	3
23. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni in cui non dovrebbe	0	1	2	3
24. Ha paura di situazioni nuove	0	1	2	3
25. E' eccessivamente esigente riguardo la pulizia	0	1	2	3
26. Non sa come stringere amicizia	0	1	2	3
27. Lamenta malessere, dolori o mal di stomaco prima di andare a scuola	0	1	2	3
28. È eccitabile, impulsivo	0	1	2	3
29. Non segue le istruzioni e non termina i compiti o i lavoretti assegnati, o le incombenze sul posto di lavoro (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni)	0	1	2	3
30. Ha difficoltà ad organizzare i compiti e le attività	0	1	2	3
31. È irritabile	0	1	2	3
32. È irrequieto come se fosse sempre sulle spine	0	1	2	3
33. Ha paura di stare da solo	0	1	2	3
34. Le cose vanno sempre fatte allo stesso modo	0	1	2	3
35. Non viene invitato ad andare a casa degli amici	0	1	2	3
36. Soffre di mal di testa	0	1	2	3
37. Non porta a termine quanto comincia	0	1	2	3

Continua sul retro...

Conners' Parent Rating Scale - Revised (L)

di C. Keith Conners, Ph.D. Traduzione di M. Nobile, MD, B. Alberti, Ph.D., e A. Zuddas, M.D.

NIENTE AFFATTO APPENA IN ABBAST MOLTO VERO
 VERO PARTE VERO (Molto spesso,
 (Molte, VERO (Spesso, di molto
 raramente) (Ogni tanto) frequente) frequente)

38. È disattento, si distrae facilmente	0	1	2	3
39. Parla troppo	0	1	2	3
40. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto	0	1	2	3
41. Non presta attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro, o in altre attività	0	1	2	3
42. Ha difficoltà ad aspettare in fila o ad attendere il proprio turno in giochi o attività di gruppo	0	1	2	3
43. Ha molte paure	0	1	2	3
44. Ha dei rituali che deve eseguire	0	1	2	3
45. E' distratto o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema	0	1	2	3
46. Si lamenta di essere malato anche se ciò "non e' vero"	0	1	2	3
47. Ha accessi di collera	0	1	2	3
48. Si distrae quando gli si impartiscono istruzioni su come fare qualcosa	0	1	2	3
49. Interrompe o si intromette nelle conversazioni o nei giochi degli altri	0	1	2	3
50. È smemorato nelle attività quotidiane	0	1	2	3
51. Ha difficoltà in matematica	0	1	2	3
52. Corre di qua e di là tra un boccone e l'altro ai pasti	0	1	2	3
53. Ha paura del buio, degli animali o degli insetti	0	1	2	3
54. Si prefigge degli obiettivi molto alti	0	1	2	3
55. Giocherà con le mani, i piedi o si agita sulla sedia	0	1	2	3
56. Ha un tempo di attenzione limitato	0	1	2	3
57. È suscettibile o gli altri lo infastidiscono facilmente	0	1	2	3
58. Ha una calligrafia disordinata	0	1	2	3
59. Ha difficoltà a giocare o a impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo	0	1	2	3
60. È timido, riservato	0	1	2	3
61. Dà la colpa agli altri per i propri errori o quando si comporta male	0	1	2	3
62. Giocherà	0	1	2	3
63. È disordinato o disorganizzato a casa o a scuola	0	1	2	3
64. E' turbato se qualcuno risistema le sue cose	0	1	2	3
65. È attaccato ai genitori o agli altri adulti	0	1	2	3
66. Disturba gli altri bambini	0	1	2	3
67. Intenzionalmente fa cose che infastidiscono gli altri	0	1	2	3
68. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente - facilmente frustrato	0	1	2	3
69. Si applica solo se qualcosa lo interessa veramente	0	1	2	3
70. È dispettoso o vendicativo	0	1	2	3
71. Perde cose necessarie per compiti o attività (p.es., compiti di casa, matite, libri, strumenti o giocattoli)	0	1	2	3
72. Si sente inferiore agli altri	0	1	2	3
73. Sembra sempre stanco o come se si muovesse al rallentatore	0	1	2	3
74. Difficoltà di ortografia	0	1	2	3
75. Piange spesso e con facilità	0	1	2	3
76. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restar seduto	0	1	2	3
77. Cambia umore rapidamente e improvvisamente	0	1	2	3
78. Si sente facilmente frustrato nei suoi sforzi	0	1	2	3
79. Si fa facilmente distrarre dagli stimoli esterni	0	1	2	3
80. Risponde di getto prima che la domanda sia stata completata	0	1	2	3

Conners' Teacher Rating Scale-RL

Conners' Teacher Rating Scale - Revised (L)

di C. Keith Conners, Ph.D. Traduzione di M. Nobile, MD, B. Alberti, Ph.D., e A. Zuddas, M.D.

Nome del paziente: _____ Sesso: **M** **F**
(Fare un cerchietto)

Data di nascita: ____/____/____ Età: ____ Classe: ____
Giorno Mese Anno

Nome dell'insegnante: _____ Data: ____/____/____
Giorno Mese Anno

Istruzioni: Di seguito vengono riportati una serie di problemi comuni che i bambini presentano a scuola. Per piacere rispondete a ogni affermazione a seconda di quanto abbia rappresentato un problema nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi: "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?", e fate un cerchietto attorno alla risposta più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Per favore, rispondete a tutte le affermazioni:

NIENTE AFFATTO APPENA IN ABBAST. MOLTO VERO
 VERO PARTE VERO (Molto spesso,
(Mai, VERO (Spesso, di molto
 raramente) (Ogni tanto) frequente) frequente)

1. È insolente	0	1	2	3
2. È irrequieto nel senso che si agita	0	1	2	3
3. Dimentica quanto ha già imparato	0	1	2	3
4. Sembra non essere accettato dal gruppo	0	1	2	3
5. È facile ferirlo nei sentimenti	0	1	2	3
6. È un perfezionista	0	1	2	3
7. Ha accessi di collera; ha un comportamento esplosivo, imprevedibile	0	1	2	3
8. È eccitabile, impulsivo	0	1	2	3
9. Non riesce a concentrarsi sui dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro o in altre attività	0	1	2	3
10. È impertinente	0	1	2	3
11. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore"	0	1	2	3
12. Evita, è riluttante, o ha difficoltà nell'impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (p.es., compiti a scuola o a casa)	0	1	2	3
13. È uno degli ultimi a essere scelto per formare una squadra o per giocare	0	1	2	3
14. È un bambino emotivo	0	1	2	3
15. Ogni cosa deve essere proprio come vuole lui	0	1	2	3
16. È irrequieto o iperattivo	0	1	2	3
17. Non porta a termine quanto inizia	0	1	2	3
18. Non sembra ascoltare quanto gli viene detto	0	1	2	3
19. Ha un atteggiamento di sfida verso gli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto	0	1	2	3
20. Si allontana dal posto in classe o in situazioni in cui dovrebbe restar seduto	0	1	2	3
21. Difficoltà di ortografia	0	1	2	3
22. Non ha amici	0	1	2	3
23. È timido, si spaventa facilmente	0	1	2	3
24. Controlla le cose più e più volte	0	1	2	3
25. Piange spesso e con facilità	0	1	2	3
26. È poco attento, si distrae facilmente	0	1	2	3
27. Ha difficoltà a organizzare compiti o attività	0	1	2	3
28. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione su compiti o attività di gioco	0	1	2	3
29. Ha difficoltà ad attendere il proprio turno	0	1	2	3
30. Ha difficoltà nella lettura	0	1	2	3

Continua sul retro...

Conners' Teacher Rating Scale - Revised (L)

di C. Keith Conners, Ph.D. Traduzione di M. Nobile, MD, B. Alberti, Ph.D., e A. Zuddas, M.D.

NIENTE AFFATTO APPENA IN ABBAST. MOLTO VERO
 VERO PARTE VERO (Molto spesso,
(Mai, VERO (Spesso, di molto
 raramente) (Ogni tanto) frequente) frequente)

31. Non sa come stringere amicizia	0	1	2	3
32. È sensibile alle critiche	0	1	2	3
33. Sembra concentrarsi troppo sui dettagli	0	1	2	3
34. Giocherella	0	1	2	3
35. Disturba gli altri bambini	0	1	2	3
36. Parla troppo	0	1	2	3
37. È polemico con gli adulti	0	1	2	3
38. Non riesce a stare fermo	0	1	2	3
39. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni dove non dovrebbe	0	1	2	3
40. Mostra una mancanza di interesse per il lavoro scolastico	0	1	2	3
41. Ha scarse capacità di interazione sociale	0	1	2	3
42. Ha difficoltà a giocare o a impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo	0	1	2	3
43. Gli piace che tutto sia pulito e ordinato	0	1	2	3
44. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia	0	1	2	3
45. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente - facilmente frustrato	0	1	2	3
46. Risponde di getto prima che la domanda sia stata completata	0	1	2	3
47. È dispettoso o vendicativo	0	1	2	3
48. Ha un tempo di attenzione limitato	0	1	2	3
49. Perde cose necessarie per giochi o attività (p.es., compiti, matite, libri, strumenti, o giocattoli)	0	1	2	3
50. Presta attenzione solo a ciò che lo interessa veramente	0	1	2	3
51. È timido, chiuso in se stesso	0	1	2	3
52. La distraibilità o la capacità di mantenere l'attenzione costituiscono un problema	0	1	2	3
53. Le cose vanno sempre fatte allo stesso modo	0	1	2	3
54. Cambia umore rapidamente e improvvisamente	0	1	2	3
55. Interrompe o si intromette nelle conversazioni o nei giochi degli altri	0	1	2	3
56. Ha scarse capacità matematiche	0	1	2	3
57. Non si attiene alle istruzioni e non completa i compiti (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni)	0	1	2	3
58. Si fa facilmente distrarre dagli stimoli esterni	0	1	2	3
59. Irrequieto, è sempre in movimento	0	1	2	3



Copyright © 1997, 2002, Multi-Health Systems Inc. All rights reserved. In the United States, P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003
 In Canada, 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011, 1-416-492-2627, Fax 1-416-492-3343



Comorbidità

- Il 70% dei soggetti con ADHD ha almeno un altro disturbo psicopatologico associato
- La specifica comorbidità influenza quadro clinico, evoluzione, prognosi, trattamento
- L'ADHD aggrava l'espressione clinica dei disturbi in comorbidità e ne anticipa l'esordio

I principali disturbi psichiatrici associati all'ADHD

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 che sono:

1. Disturbo Oppositivo Provocatorio: è una modalità ricorrente che persiste per almeno 6 mesi di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità (64% dei casi di ADHD).
2. 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).
3. Disturbi d'ansia: 55%
4. Depressione (37%) e Disturbo bipolare

Qual è l'impatto clinico della comorbidità?

Specifici sottotipi

La associazione di ADHD con un altro disturbo psichiatrico modifica il quadro clinico, la storia naturale, la risposta ai trattamenti

Specifiche comorbidità individuano specifici sottotipi clinici di ADHD?

IMPLICAZIONI OPERATIVE

ADHD è generalmente il primo disturbo a manifestarsi, inizialmente non è in comorbidity, giustifica gran parte del quadro clinico, e la cura determina un cambiamento.

Con la crescita, emergono, in modo in parte prevedibile, le diverse comorbidity, il quadro clinico si fa più complesso, l'ADHD diventa una componente del quadro clinico (non necessariamente la più importante), e la sua cura non sempre è prioritaria.

IMPLICAZIONI OPERATIVE

La strategia terapeutica deve tener conto del rapporto tra le diverse componenti del quadro clinico.

- 1) Valutare le diverse componenti (comorbidità)
- 2) Valutare l'impatto funzionale delle diverse componenti
- 3) Valutare l'effetto dei singoli trattamenti sul quadro clinico complessivo
- 4) Elaborare una strategia con diverse opzioni (o diverse fasi) dell'intervento

Disturbi Dirompenti del Comportamento

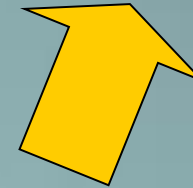
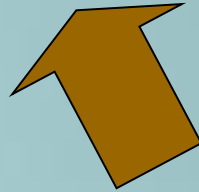
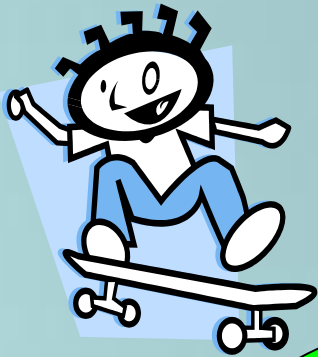
Disturbo oppositivo-provocatorio: comportamento sistematicamente provocatorio, negativista ed ostile (collera, litigiosità, sfida, provocazione, ecc).

Disturbo della condotta: tendenza stabile alla violazione delle regole e dei diritti altrui (aggressioni a persone o animali, distruzione di proprietà, furti, gravi violazioni di regole, fughe).

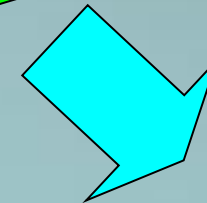
La nosografia considera i due disturbi distinti, ma il primo precedere il secondo (15-25% dei DOP evolve DC?), e ne è la forma attenuata.

**Disturbo da Deficit di
Attenzione/Iperattività (ADHD)**

**Disturbo Oppositivo
Provocatorio (DOP)**



**DISTURBI
DA DEFICIT DI ATTEZIONE
E DA
COMPORAMENTO DIROMPENDE**



Disturbo della Condotta (DC)



Caratteristiche del bambino/adolescente con Disturbo Oppositivo Provocatorio

Dispettoso e vendicativo

**Sfida attivamente
o rifiuta le richieste e le regole
degli adulti**

Arrabbiato e rancoroso

Litiga con gli adulti

**Suscettibile
o irritato dagli altri**

Offende

**Accusa gli altri
per i propri errori
o comportamenti**



Caratteristiche del bambino con Disturbo della Condotta

Fa il prepotente,
minaccia,
intimidisce gli altri

Crudele con le persone
e/o con gli animali

Marina la scuola

Ruba o distrugge
proprietà altrui

Dà inizio
a colluttazioni fisiche

Ha usato un'arma
che può causare seri danni fisici

Appicca il fuoco

Trascorre fuori
di casa la notte,
fugge di casa

Mente per ottenere vantaggi



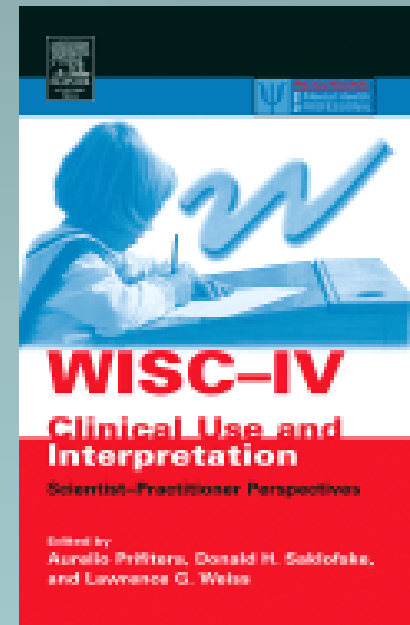
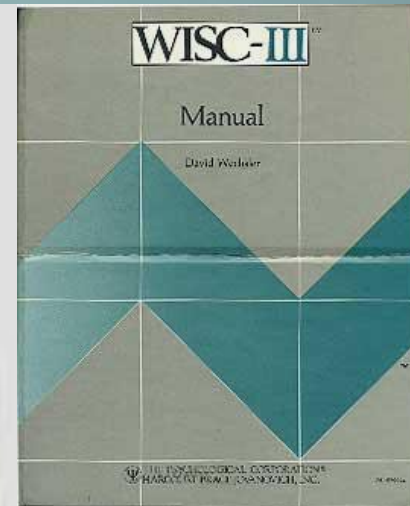
Il percorso diagnostico

- 1) Anamnesi
- 2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente
- 3) Esame neurologico e psichiatrico
- 4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)
- 5) Valutazione Neuropsicologica:
 - Funzionamento Cognitivo
 - Funzioni esecutive
- 6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

Perché effettuare una Valutazione Neuropsicologica nei bambini con ADHD?

Perché in tal modo possiamo sapere come il bambino funziona, quali sono i suoi punti di forza e/o di debolezza la conoscenza dei quali è molto utile per mettere a punto delle specifiche strategie di intervento psicoeducativo.

Protocollo diagnostico: la valutazione neuropsicologica - Le scale Wechsler



Protocollo diagnostico: le funzioni esecutive

Le funzioni esecutive costituiscono una serie di abilità relativamente indipendenti che nel loro insieme rendono possibile la messa in atto di comportamenti finalizzati:

- al raggiungimento di mete consapevoli,
- alla correzione degli errori,
- alla risoluzione di situazioni problematiche,
- per le quali si rendono necessari comportamenti mai messi in atto precedentemente.

Vengono inoltre descritte come processi di controllo mentale che permettono l'autocontrollo e sono necessarie a mantenere un appropriato set di problem solving per arrivare ad un obiettivo finale (Welsh & Pennington 88) (Pennington-Ozonoff 96).

Lo sviluppo delle funzioni esecutive

Durante lo sviluppo, le funzioni esecutive maturano. Nella maggior parte dei bambini (dopo i tre anni di età) infatti matura la capacità di impegnarsi ad attività mentali che li aiutano a:

- non distrarsi (a mantenere a lungo l'attenzione);
- a ricordare ed ad porsi degli obiettivi;
- a compiere i passi necessari per raggiungerli;
- a seguire regole ed istruzioni;
- a riflettere su sé stessi;

Disfunzioni delle funzioni esecutive

- Inibizione
- Pianificazione
- Memoria di lavoro
- Fluenza verbale
- Attenzione selettiva e sostenuta
- Flessibilità cognitiva o controllo dell'interferenza

ADHD e funzioni esecutive

Il deficit dell'inibizione alla risposta è considerato il principale deficit esecutivo nell'ADHD e determina comunque una compromissione di grado variabile delle altre funzioni (Memoria di lavoro ecc).

Si deve ricordare che alterazioni delle funzioni esecutive non sono specifici dell'ADHD né vi è un unico modello neuropsicologico alla base.

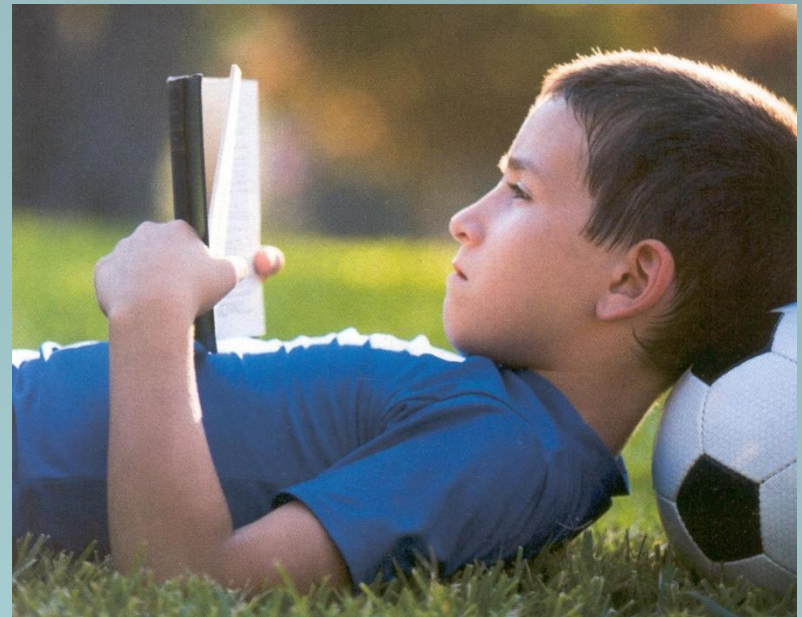
Il percorso diagnostico

- 1) Anamnesi
- 2) Conoscenza ed Osservazione Clinica del paziente
- 3) Esame neurologico e psichiatrico
- 4) Le interviste diagnostiche (rivolte ai genitori, al bambino e agli insegnanti ecc...)
- 5) Valutazione Neuropsicologica:
 - Funzionamento Cognitivo
 - Funzioni esecutive
- 6) Valutazione degli apprendimenti scolastici (lettura, scrittura, calcolo)

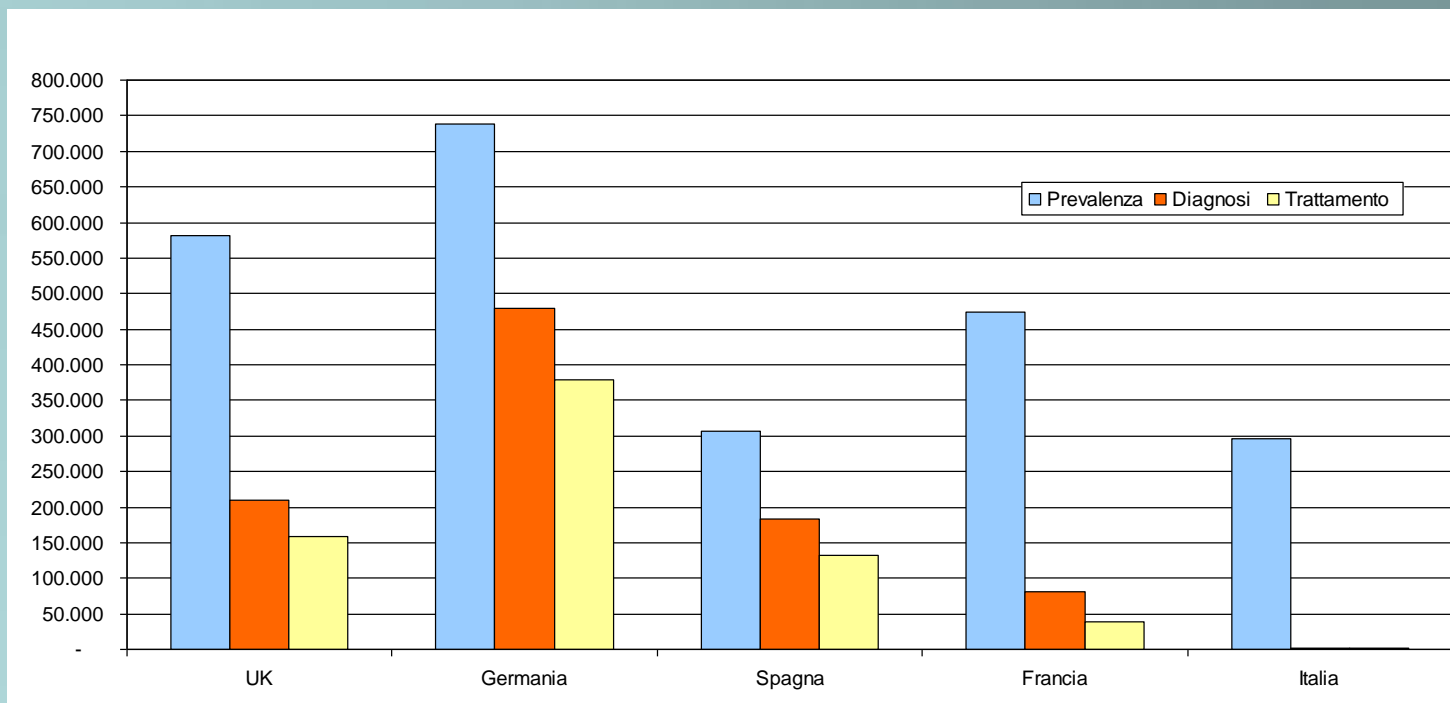
Protocollo diagnostico: la comorbidità con i disturbi di apprendimento



Disturbi specifici di apprendimento presenti nel 42% in comorbidità, dislessia 23%, disortografia 26%, disgrafia 60%, discalculia 28%.



ADHD: un confronto europeo



	UK	Germania	Spagna	Francia	Italia
Popolazione Pediatrica (5-17)*	10.960.947	12.305.503	6.143.812	11.835.205	7.382.972
Prevalenza	580.930	738.330	307.191	473.408	73.830
	5,3%	6%	5%	4%	1%
Diagnosi	209.135	479.915	182.471	80.479	2.417
	36%	65%	59%	17%	3%
Trattamento	158.943	379.133	133.022	39.033	2.048
	76%	79%	73%	49%	85%

In Italia solo il 3% dei potenziali pazienti riceve una diagnosi

Se applicassimo la prevalenza dell'1% (stima conservativa) avremmo 73.830 potenziali ADHD di cui **solo il 3%** riceverebbe una diagnosi

Fonti: *dati Istat 2010. Prevalenza da rapporto ISTISAN
Diagnosi e trattamento da Registro Nazionale 03/2012

ADHD: un confronto Europa e USA

Eur J Clin Pharmacol (2008) 64:311–317
DOI 10.1007/s00228-007-0401-6

PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND PRESCRIPTION

Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents

Anne-Laure Knellwolf · Jean Deligne ·
Flavia Chiarotti · Guy-Robert Auleley ·
Serena Palmieri · Claudine Blum Boisgard ·
Pietro Panei · Elisabeth Autret-Leca

Table 2 Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the USA, UK, France, Italy

Country	USA	UK	France	Italy
Source	Centres for Disease Control and prevention CDC 2003 [27]	National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2006 [4]	Expertise collective INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale 2002 [32]	Italian National Institute of Health Knellwolf et al. 2006 [23]
School-aged children (age range in years)	4–17	6–16	6–14	6–18
Number of school-aged children (in millions)	56.6	7.3	6.8	7.5
Number of school-aged children affected by ADHD	4,400,000	366,000	137,000	75,000
Prevalence of ADHD among school-aged children	8%	5%	2%	1%

La Condizione Italiana

In Italia si verifica una situazione unica rispetto a tutti gli altri paesi europei e non :dei 75.000 pazienti potenziali con ADHD grave (1% della popolazione dai 6 ai 17 anni),se ne stimano soltanto 4000 con qualche tipo di piano terapeutico (cognitivo-comportamentale, farmacologico o combinato). In pratica solo 1 paziente su 20 riceve qualche tipo di aiuto.

Perché?

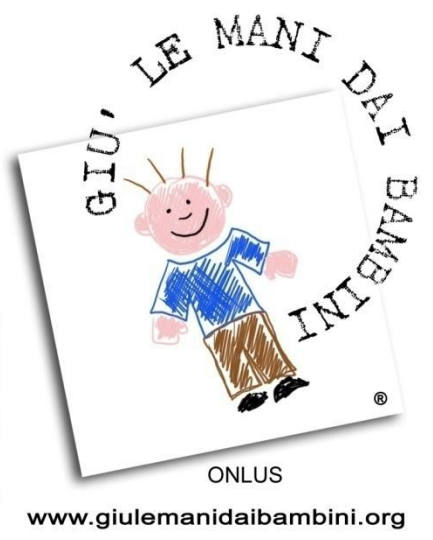
“esiste una certa diffidenza in una parte dell’opinione pubblica italiana ed in una ristretta parte del mondo medico rispetto al riconoscimento del disturbo. La diffidenza è legata soprattutto alla considerazione che con questa etichetta si medicalizzi la vivacità dei bambini e la si tratti con i farmaci; oppure si consideri errato diagnosticare in modo superficiale e semplificante bambini che hanno un disagio più complesso”

Adhd Note Informative per i Pediatri

A cura dei Centri di Riferimento aderenti al progetto regionale “Condivisione di percorsi diagnostici terapeutici per l’ADHD Regione Lombardia “



I MASS-MEDIA



LA BATTAGLIA CONTRO GLI PSICOFARMACI AI MINORI **GENTE**

SALVIAMOLI! Non date sedativi ai bambini vivaci

«A volte quelle pillole vengono prescritte per mali mentali inesistenti», dicono gli esperti, «mentre i veri problemi sono in famiglia». Tre storie di disagio

di Paolo Scaroni

Psicofarmaci e infanzia: l'attimo è sempre più alto. Al centro della polemica i medicinali preparati chimici per dare uno "calmano" ai bambini ritenuti troppo vivaci. Quelli che in classe si distraggono, disturbano le lezioni con le loro interruzioni, non riescono



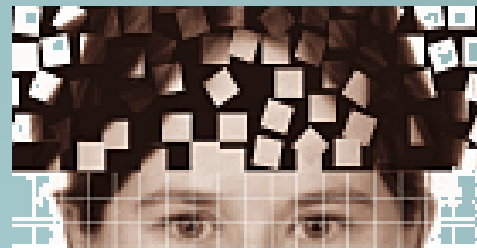
bellato i genitori. E si finisce in tribunale. Fino a quando il giudice di ragione

NELLE SCUOLE ITALIANE

SONO 30 MILA LE "PICCOLE PESTI"

Sopra, una mamma tiene a bada i figli irrequieti. A sinistra, il servizio, sul n. 12 di Gente, dedicato al problema degli psicofarmaci ai bambini. Nelle nostre scuole, quelli troppo vivaci sono 30 mila.

ma Gianmarco, ha 11 anni ed è di Roma. I genitori litigano furiosamente in casa e

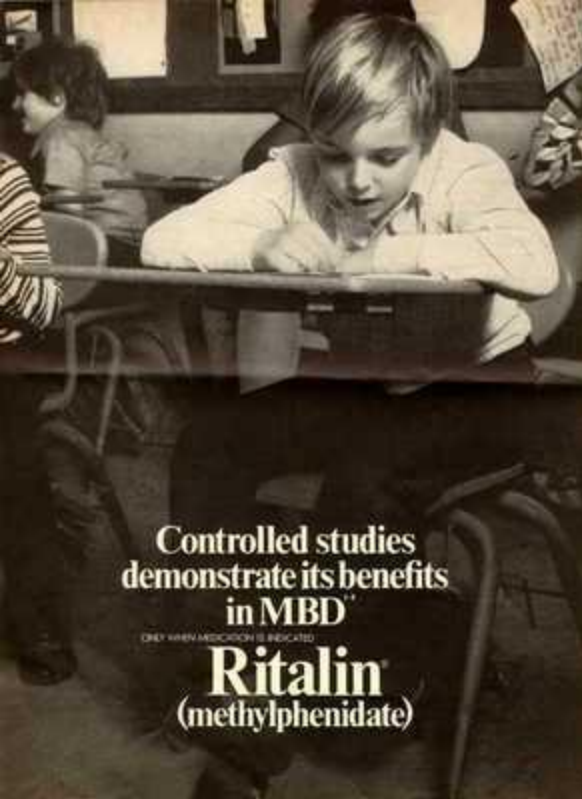


ADHD

Non permettiamo
a "Big Pharma"
di drogare i nostri bambini

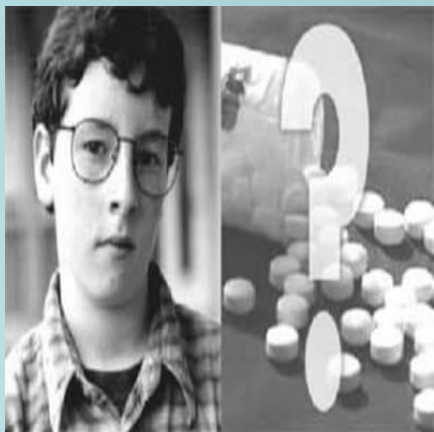


RITALIN - STRATTERA



"good? I'll say! keen ice cream—
and nothing but... in **RITALIN**

Take the small boy to know the best wild boy is here, Ice Cream Dishes are up with them, too. Because no ice cream but the best goes into Ice Cream Dishes. For 30 years they've made us a symbol of purity and joy.

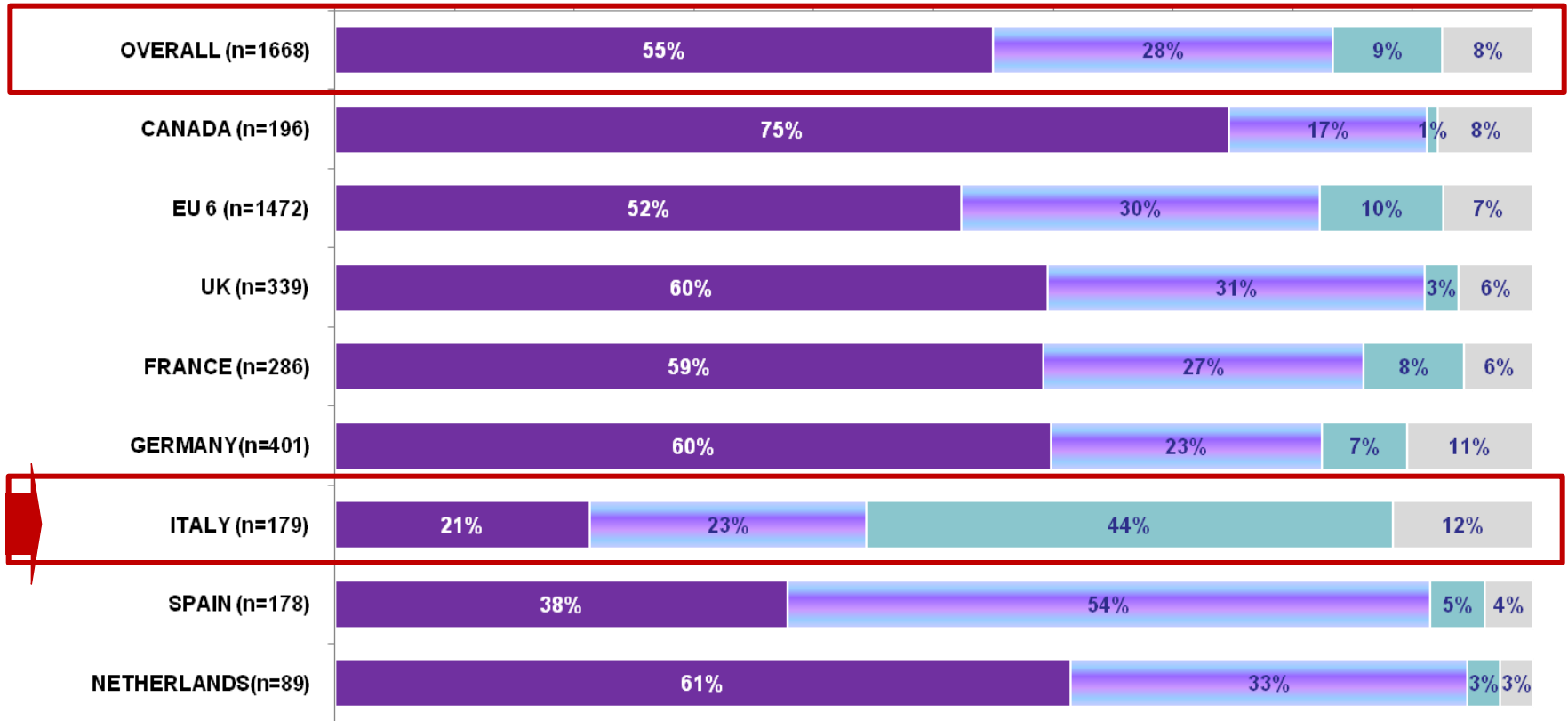


Terapie a confronto

The patient is currently receiving a...

- Drug or combination of drugs for ADHD
- Drug medication combined with a behavioural therapy
- Behavioural therapy only
- No treatment (neither drug nor behavioural therapy)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%





Resistenze nell'utilizzo dei farmaci psicostimolanti in Italia

Problematicità a confronto

- 1) Gli effetti collaterali segnalati nel consenso informato e la scarsa conoscenza degli effetti collaterali di altri farmaci che agiscono sul SNC peraltro meno studiati
- 2) La storia di alcuni “farmaci sfortunati”
- 3) Psicostimolanti e Comportamento Suicidario
- 4) Ritalin e la dipendenza



Diagnosi e trattamento

Eur J Health Econ
DOI 10.1007/s10198-012-0440-5

ORIGINAL PAPER

Treatment costs of attention deficit hyperactivity disorder in Germany

Sebastian Braun · Jan Zeidler · Roland Linder ·
Susanne Engel · Frank Verheyen ·
Wolfgang Greiner

- Outpatient care: All services supplied to non-hospitalised patients by medical doctors or accredited psychotherapists in private practice.
- Inpatient care: All services supplied to hospitalised patients.
- Pharmaceuticals: Prescribed by medical doctors (only prescriptions filled by patients).
- Therapeutic devices and remedies: Prescribed by medical doctors but provided by other therapists for instance occupational therapists (in Germany, occupational therapy incorporates types of behavioural therapy).

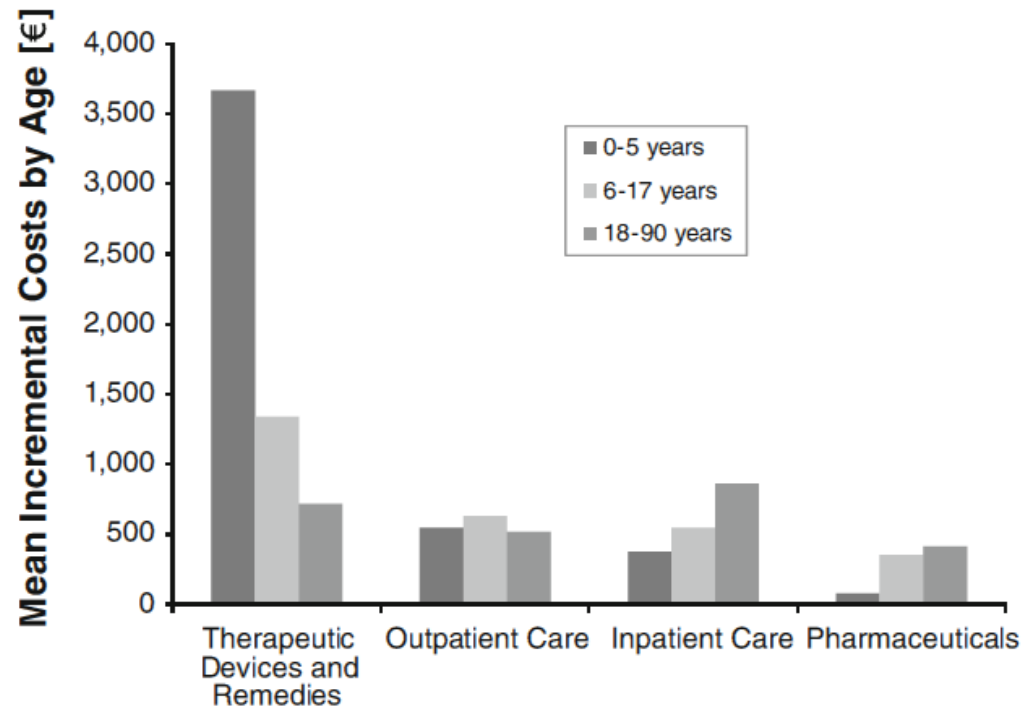


Fig. 1 Mean incremental costs in different age groups and types of costs



A systemic literature review

Cost Effectiveness of Pharmacotherapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

A Systematic Literature Review

Eric Q. Wu,¹ Paul Hodgkins,² Rym Ben-Hamadi,¹ Juliana Setyawan,² Jipan Xie,¹ Vanja Sikirica,² Ella X. Du,¹ Sherry Y. Yan¹ and M. Haim Erder²

1 Analysis Group, Inc., Boston, MA, USA

2 Shire Development LLC., Wayne, PA, USA

Table II. Summary of conclusions

Comparison groups	Main conclusion
Pharmacotherapy vs no treatment	Pharmacotherapy is cost effective compared with no treatment
Pharmacotherapy vs behavioural therapy	Pharmacotherapy is cost effective compared with behavioural treatment in the overall ADHD population and among ADHD patients without co-morbidities
Pharmacotherapy alone vs pharmacotherapy plus behavioural therapy	Pharmacotherapy is cost effective compared with combined therapy of pharmacotherapy plus behavioural treatment, in the overall ADHD population
Stimulants vs non-stimulants	No definitive conclusion can be drawn. More research is needed
Stimulants vs stimulants	SA AMP vs SA MPH: no definitive conclusion can be drawn; more research is needed. MPH OROS is cost effective compared with SA MPH

ADHD= attention-deficit hyperactivity disorder; **AMP** = amphetamine; **MPH** = methylphenidate; **MPH OROS** = methylphenidate Osmotic-controlled Release Oral delivery System; **SA** = short-acting.



Il est plus **difficile**
de désagréger
un **préjugé**
qu'un **atome**.

Albert Einstein

Conclusioni

Quando si sospetta che un bambino possa essere considerato affetto da ADHD occorre:

1- *Effettuare una accurata anamnesi* che comprenda oltre all'analisi del motivo della consultazione, la valutazione della familiarità per disturbi mentali, malattie fisiche, gravidanza e nascita (in particolare esposizione ad alcool e nicotina), sviluppo psico-motorio, disturbi del sonno ed eventuali malattie.

2- *Raccogliere informazioni da fonti multiple* (genitori, insegnanti, educatori) utilizzando interviste semistrutturate e/o questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino.

3- Colloquio (esame psichico) con il bambino per verificare la presenza di altri sintomi associati utilizzando anche scale generali di psicopatologia dello sviluppo e/o settoriali (ansia, depressione, disturbo oppositivo-provocatorio, ecc...).

Conclusioni

4- *Effettuare l'esame medico e neurologico*, valutando la presenza di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali altre terapie in atto.

5- *Valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico*, valutare in maniera oggettiva le capacità attentive, la pianificazione delle attività e di autocontrollo. Importante infine considerare i disturbi di linguaggio e /o di apprendimento associati.

6- In assenza di patologie sospettate dalla osservazione anamnestica e/o associate, nessuno altro test strumentale od ematochimico è di routine indicato per la diagnosi di ADHD.

Non esiste un test specifico per ADHD e la diagnosi è essenzialmente clinica.



Le difficoltà di attuare le terapie

all'interno dei servizi di NPI in Italia

- 1) Una nuova prospettiva diagnostica che si apre attraverso lo studio dell'Adhd
- 2) Un maggior equilibrio nella formazione del personale che "attua" attività di psicoterapia nei servizi
- 3) Costi del personale e della formazione
- 4) Adhd e le altre patologie del comportamento e della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- 5) Le prospettive di un lavoro di integrazione con i servizi sociali



Grazie ...