



Progetto di *sperimentazione* a carattere terapeutico-abilitativo di accoglienza residenziale temporanea in soggetti ADHD a bassa soglia.

CONTESTO, MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO ED OBIETTIVO GENERALE

“Il Disturbo da Deficit dell’Attenzione ed Iperattività (ADHD) è un disturbo neurobiologico ad esordio infantile, caratterizzato da inattenzione, impulsività ed iperattività motoria, la cui prevalenza in Italia, secondo recenti indagini, è stimata attualmente tra l’1,5% e il 7,1% della popolazione in età scolare (Mugnaini, Masi e Brovedani, 2006; Zuddas, Marzocchi e Osterlaan, 2006). Sul versante neuropsicologico tale disturbo è caratterizzato da un deficit nei processi autoregolativi, il quale comporta a livello complessivo una alterata elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali (SINPIA, 2006). Le ricerche di neuropsicologia cognitiva hanno sovente riscontrato che i bambini con ADHD presentano problemi attentivi, soprattutto in compiti che richiedono l’applicazione di processi altamente controllati, ed in particolare nello svolgimento di compiti prolungati nel tempo o in attività che richiedano una discreta dose di flessibilità cognitiva ed uso di strategie consapevoli (Shallice et al., 2002). I bambini con ADHD manifestano generalmente un comportamento scarsamente controllato, e reagiscono alle stimolazioni ambientali senza una adeguata riflessione. Tali modalità di interazione con l’ambiente possono essere spiegate con un deficit di inibizione comportamentale (Barkley, 1997), e/o con una difficoltà a sostenere un livello minimo di attesa con necessità di ricompensa immediata (Sonuga-Barke, 1996)”. (tratto da: Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza (2012), vol. 79: 467-478, Luccherino & Pezzica). Con il termine di “mentalizzazione” si fa riferimento ad una competenza meta-cognitiva (di auto-riflessione) dalla quale dipendono la capacità di comprendere le manifestazioni affettive altrui, la capacità di regolazione affettiva/comportamentale, di controllo degli impulsi e di automonitoraggio. Tali facoltà sono notoriamente deficitarie nei soggetti caratterizzati da diagnosi di ADHD, i quali prediligono invece una modalità di relazione con l’ambiente esterno contraddistinta persistentemente da impulsività di azione e scarsa riflessione. L’acting-out (in italiano definito anche con il termine di “agito”) è infatti la modalità relazionale/comportamentale prototipica del soggetto ADHD, che consiste più specificatamente nell’espressione immediata dei propri vissuti emotivi conflittuali attraverso l’azione d’impulso, e pertanto non mediata da preliminare riflessione “interna”,



piuttosto che con il linguaggio: il soggetto quindi si comporta in modo poco riflessivo, precipitosamente, senza considerare le possibili conseguenze negative delle sue azioni e senza valutarne le possibili alternative comportamentali più adeguate ed accettabili. I sentimenti negativi che provano i bambini quando si sentono frustrati tendono facilmente a trasformarsi in discorsi negativi: molti bambini tendono in queste situazioni a sviluppare una "voce interiore" (self-talk silenzioso) negativa al posto della meta-cognizione. L'obiettivo, su questo versante, consiste quindi nel cercare di sostituire la "voce interiore" negativa con un pensiero metacognitivo, che aiuti il bambino a trovare nuovi modi per gestire le sue sfide quotidiane. Proprio per gli elementi sopra citati, il potenziamento delle abilità metacognitive (ovvero di pensare/valutare sul proprio pensiero) aiuta i soggetti con ADHD a crearsi (e creare) una prospettiva che lascia spazio al futuro: insegnare ai bambini a diventare "più metacognitivi" li aiuta a spostarsi da una mentalità che lascia poco spazio al cambiamento ad una mentalità che promuove l'auto-consapevolezza e la capacità di recupero. In effetti, uno dei risultati più potenti del pensiero metacognitivo è proprio l'aumento dell'autoregolazione (M. Gladstone), "punto debole" principale di questo tipo di diagnosi. Ed essere in grado di autoregolarsi, aiuta i bambini con ADHD a gestire esperienze che altrimenti potrebbero sopraffarli, a gestire l'ansia, e più in generale i sentimenti negativi correlabili a questo tipo di esperienze (Rae Jacobson, Child Mind Institute). Assecondando tale premessa introduttiva, il presente progetto a valenza sperimentale di accoglienza residenziale-abilitativa per bambini/ragazzi con diagnosi di ADHD presso l'Istituto PIOXII di Misurina, prende avvio inoltre dalla considerazione fondamentale che il processo di socializzazione funzionale e positivamente orientata tra pari sia un elemento imprescindibile per il corretto sviluppo psico-emotivo del soggetto, principalmente a partire dall'età scolare e pre-adolescenziale, costituendo così la base psico-emotiva per lo sviluppo di una identità adulta integrata e funzionale. Così come altrettanto fondamentale, in ottica evolutiva ed in prospettiva dell'adulthood in progressivo e futuro divenire, risulta essere la costruzione di un'immagine di sé caratterizzata da un buon livello di autostima e di senso di auto-efficacia in senso complessivo. La letteratura specialistica altresì indica come i soggetti caratterizzati dalle difficoltà tipiche della diagnosi ADHD sperimentino, principalmente a causa delle possibili (in effetti spesso presenti) manifestazioni comportamentali dirompenti, oppostive e/o inadeguate, difficoltà anche profonde nella relazione tra pari, ivi comprese anche le dinamiche di rifiuto ed esclusione (Luccherino e Pezzica, 2009), che possono in effetti contribuire al rinforzo di specifici pattern comportamentali negativi a livello individuale, contribuendo così all'instaurazione di



un “circolo vizioso” negativamente orientato anche nel prossimo futuro (Nixon, 2001). Inoltre i comportamenti associati con l’ADHD possono favorire in adolescenza legami di amicizia con coetanei devianti che, a loro volta, possono rinforzare i comportamenti negativi (Bagwell et al., 2001). Parimenti, i continui fallimenti esperiti nei compiti evolutivi di autonomia e di sviluppo emotivo tipici dell’età, gli insuccessi relazionali ed i rimproveri spesso ricevuti con continuità dal contesto esterno, possono contribuire alla genesi in tali bambini/ragazzi di sentimenti individuali di inefficacia, scarsa autostima e tendenze ansiose e depressive con ripercussioni anche pesanti, sia nel presente che in prospettiva di crescita. A questo proposito, come descrivono Luccherino & Pezzica nel 2012, risulta utile specificare che: “raramente l’ADHD si presenta in forma isolata, in effetti più spesso risulta in comorbilità con altri disturbi di natura psichiatrica (Biederman, Newcorn e Sprich, 1991). Più nel dettaglio, i disturbi esternalizzanti (Disturbo Oppositivo-Provocatorio, Disturbo della Condotta) interessano circa il 40-50% dei bambini con ADHD; i disturbi dello spettro ansioso (Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d’Ansia Generalizzato) si manifestano in circa il 30% dei casi, mentre quelli dell’umore, in particolare il Disturbo Bipolare, si presentano con una frequenza intorno al 10% (Masi et al., 2005). Oltre alle comorbilità sopracitate esistono, come costante corollario dell’ADHD, alcuni importanti correlati disfunzionali nella sfera personale e sociale di questi bambini, che amplificano e sovradimensionano la gravità del disturbo. Si tratta infatti di bambini la cui personalità presenta importanti nuclei di tipo depressivo con abbassamento dell’autostima, sentimenti di inadeguatezza e di incapacità, percezione di sé estremamente negativa con vissuti di colpevolezza e cattiveria; vivono sovente una sorta di emarginazione sociale venendo esclusi dalle attività del gruppo dei pari, hanno un numero esiguo di legami amicali poiché spesso considerati “insopportabili”, la loro carriera scolastica risulta spesso fallimentare sia sul piano del rendimento (anche in considerazione della frequente associazione con un Disturbo dell’Apprendimento) che su quello comportamentale (rapporti, sospensioni)”. (Luccherino, Pezzica, 2012). In aggiunta a ciò, l’ambiente familiare e genitoriale (il sistema famiglia), oltreché il contesto scolastico, spesso iper-protettivi ed accudenti, tendendo spesso a focalizzarsi maggiormente sugli aspetti negativi (e non sui possibili punti di forza e di sviluppo) finiscono talvolta per “soffocare” (o comunque non rinforzare positivamente) le autonomie del bambino/ragazzo, andando ad indebolire così ulteriormente il senso di auto-efficacia rispetto ad alcune abilità ed autonomie personali e sociali, le quali potrebbero invece essere sviluppate e potenziate maggiormente in contesti a maggiore autonomia, anche temporanei, se gestiti e mediati adeguatamente. Parimenti,



tale progetto sperimentale di residenzialità temporanea (soggiorno a valenza educativa-abilitativa), sovente costituisce la prima occasione di “distacco prolungato” genitore/figlio, permettendo al primo di sperimentare per la prima volta la lontananza e l'autonomia del figlio, favorendo pertanto un primo approccio di ristrutturazione dell'immagine e delle aspettative relativamente al rapporto genitoriale e alle capacità del figlio stesso, e permettendo invece a quest'ultimo di sperimentarsi in un contesto nuovo ed in maggiore autonomia (benchè protetto). Nata e particolarmente diffusa negli Stati Uniti, e presente principalmente anche in Canada, la pratica del “soggiorno terapeutico” (i così definiti Summer Camps) è una pratica presente da molti anni oltreoceano, ed attualmente anche in Italia si iniziano a sperimentare iniziative in questo senso. L'intervento più conosciuto e validato da un punto di vista scientifico è il “Summer Treatment Program” (STP, Pelham e Hoza, 1997), organizzato dal “Centro per bambini e famiglie” dell'Università di NewYork, Buffalo. In sostanza trattasi di centri di aggregazione pensati e realizzati “intorno” al potenziamento delle funzioni esecutive, alla tendenza all'impulsività, all'incapacità di restare fermi per un tempo prolungato. L'intento è quello di far divertire i bambini e allo stesso tempo riabilitarli in tutte le loro abilità più fragili attraverso attività individuali e collettive: stimolare la pianificazione e l'attenzione, imparare a tollerare la frustrazione della perdita o potenziare la memoria di lavoro, accompagnati dall'emozione dell'essersi sentiti accettati per quello che sono, dall'aver potuto sbagliare senza essere esclusi e potendo esprimere al meglio le proprie potenzialità. Luccherino e Pezzica nel 2012 riportano che: “Uno studio pilota condotto su 19 soggetti adolescenti con ADHD, che hanno partecipato al STP nell'estate del 2009, ha rilevato un moderato livello di miglioramento nei partecipanti al trattamento nelle sei aree obiettivo di intervento: problemi di condotta, devianza diretta all'adulto, funzionamento sociale, disattenzione/disorganizzazione, umore, abilità scolastiche (Sibley et al., 2011). Cambiamenti a breve termine nei comportamenti problematici sono stati riscontrati anche in un STP della durata di tre settimane realizzato in Giappone (Yamashita et al., 2009)”. L'obiettivo generale auspicato consiste pertanto nell'agevolazione e nel rinforzo di comportamenti di adesione terapeutica e psico-educazionale, verso l'integrazione e acquisizione di modalità adattive educative e sociali, come il potenziamento dell'autonomia e l'adattamento all'ambiente esterno del soggetto, l'aumento la fiducia in sè stessi, l'autocontrollo, e la capacità di costruire relazioni significative e positive con adulti e coetanei. In definitiva di aiutare questi bambini/ragazzi a riconciliarsi con la vita e la gioia di vivere, e di dare loro la forza di inserirsi con minori difficoltà nel percorso della vita. Lo



stile di "soggiorno - terapeutico residenziale" proposto mira quindi ad incrementare l'autonomia, la creatività, le competenze, l'autocontrollo, l'autostima, la fiducia in sè stessi. In questa prospettiva generale si inserisce quindi il progetto sperimentale di accoglienza e residenzialità, presso l'Istituto PioXII di Misurina, per bambini/ragazzi con diagnosi di ADHD preventivamente indicati per il parametro di "gravità lieve" (bassa soglia), e buona gestibilità in contesto residenziale adattato specificatamente.

DESTINATARI O TARGET DEL PROGETTO

Diretti:

- Bambini in età cronologica 6-8 (fase dell'infanzia) e bambini in età cronologica 8-12 (fase di pre-adolescenza), inviati in gruppi omogenei per età (5/7 soggetti in contemporaneità, con numero minimo pari a 5 per l'attivazione del progetto) ed a percorso dedicato, con diagnosi di ADHD a bassa soglia, preventivamente selezionati tramite i criteri di esclusione relativi all'assenza di comorbilità con altre patologie psichiatriche ed esplosività comportamentale.
- Genitori e/o caregiver dei bambini.

Indiretti:

- Contesto familiare allargato.
- Contesto scolastico ed insegnanti.
- Gruppo dei pari.
- Contesto sociale generico, in prospettiva di crescita.

OBIETTIVI GENERALI

- Incrementare la qualità di vita generale dei bambini presi in carico, migliorando le facoltà individuali di adeguatezza comportamentale, e di conseguenza la funzionalità e la qualità dei rapporti interpersonali con le figure di riferimento ed i pari, nei vari contesti di vita.
- Incrementare la funzionalità delle abilità genitoriali in rapporto alle caratteristiche specifiche della patologia, e di conseguenza la qualità del rapporto genitori/bambino.



- Favorire una traiettoria evolutiva più favorevole sul versante comportamentale e di integrazione funzionale nella società, in ottica preventiva e di crescita.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Potenziare la gestione del self-control e le skills metacognitive a livello individuale.
- Potenziare le abilità sociali e di adeguatezza comportamentale in gruppo.
- Potenziare le abilità di pianificazione, le facoltà attentive e di compliance sostenuta.
- Potenziare gli apprendimenti scolastici (e favorire lo scambio con gli insegnanti).
- Incrementare le autonomie personali del bambino.
- Incrementare il livello di autostima ed autoefficacia del bambino.
- Fornire supporto informativo specifico ai genitori/caregiver.
- Fornire supporto specifico nella gestione comportamentale ed emotiva della relazione genitore/caregiver - bambino.
- Fornire supporto psicologico al genitore/caregiver, ove richiesto.
- Favorire la discussione in gruppo di tematiche specifiche attinenti ADHD.
- Favorire il miglioramento della percezione in merito all'immagine personale delle abilità genitoriali.

METODOLOGIA ED OPERATIVITA' (in allegato il diagramma di flusso operativo)

In prima istanza, dopo la predisposizione del progetto e del relativo protocollo ad-hoc, viene creata l'equipe interna dedicata dell'Istituto PioXII, con apposita formazione specialistica in collaborazione con le Ulss invianti. Successivamente, la selezione del singolo caso viene effettuata tramite il già citato protocollo specifico appositamente stilato dalle Ulss, e condiviso con Regione ed Istituto PioXII, tenendo conto dei criteri di esclusione, ovvero assenza di concomitante comorbidità con altra patologia di carattere psichiatrico ed assenza di esplosività comportamentale, così da configurare il profilo selezionato come espressività "a bassa soglia" della patologia, anche mediante gli indicatori ugualmente specificati nel protocollo di cui sopra. Il numero di soggetti accolti in contemporaneità è pari a 5/7 come numerosità, presi in carico in gruppi omogenei per età, e con percorso dedicato alle fasce 5-7, 8-10 (infanzia, con funzione preventiva), e 11-13 (pre-adolescenza, con funzione terapeutico/abilitativa in una fase evolutiva particolarmente sensibile). A questo proposito, per la selezione condivisa della singola situazione, si predispone l'attuazione di una preliminare valutazione condivisa del singolo



caso mediante la compilazione e la trasmissione da parte degli invianti (vedasi scheda di invio), alle figure specialistiche dell'Istituto PioXII, di tutta la documentazione inerente la diagnosi specifica, con relativa relazione comportamentale dettagliata nei vari contesti (casa, scuola, tra pari...), e si predispongono l'interfaccia preventiva ed ulteriore con gli specialisti stessi che hanno redatto la diagnosi, gli insegnanti ed i genitori, prima della presa in carico effettiva per il progetto sperimentale di residenzialità. Dopo il completamento della fase di selezione "cartacea" e relativa autorizzazione all'accesso all'Istituto PioXII per l'avvio della fase di residenzialità, viene organizzata dagli invianti la comunicazione alla famiglia e predisposta dall'istituto PioXII, in accordo con la famiglia stessa, la data di accesso al ciclo continuo (entro max. 28 gg dalla selezione), durante il quale viene effettuata la valutazione osservativa/qualitativa delle modalità comportamentali ed interattive del bambino nel nuovo contesto, ed anche delle dinamiche relazionali caregiver/bambino e la relativa gestione educativa degli episodi emergenti nei contesti della quotidianità (adattamento al nuovo ambiente, i pasti principali, le attività di gioco individuali e di gruppo, la gestione del conflitto comunicativo). In questa fase viene inoltre svolto il colloquio di anamnesi e di familiarità per la patologia con i genitori, e la somministrazione della testistica/indicatori (CBCL/PSI, e/o altri indicatori definiti nel protocollo) che, congiuntamente alla funzione osservativa svolta durante il primo ciclo continuo, costituisce quindi una valutazione aggiuntiva e condivisa "di compatibilità" anche da parte del personale specialistico dell'Istituto. Questa fase specifica favorisce contemporaneamente il processo di familiarizzazione con la struttura, gli ambienti, le attività ed il personale in favore dei bambini/ragazzi e dei genitori stessi. Al termine di questa fase specifica, per tutti i casi ritenuti idonei, viene redatto il PRI in equipe, indicante obiettivi ed interventi specifici ed individualizzati, condiviso poi con Ulss inviante. Relativamente all'autorizzazione, si specifica che la stessa viene stipulata per la durata di 28 gg, anche frazionabili in periodi bisettimanali, e che la relativa fatturazione avverrà comunque per le giornate di ciclo continuo effettivamente erogate.

TEMPISTICHE E DURATA DEL SOGGIORNO TERAPEUTICO-RESIDENZIALE

La durata complessiva del soggiorno terapeutico-residenziale è prestabilita in 28 giorni, distribuiti in 2 cicli da 2 settimane (direttamente susseguenti, od in periodi distinti con valenza di follow-up) per un numero di soggetti pari a 5/7 (eventualmente incrementabile secondo valutazione di compatibilità e fattibilità strutturale ed operativa) in gruppi



omogenei per età, nella fascia 5-7, 8-10 (funzione preventiva in infanzia) e 11-13 (funzione di modifica della traiettoria evolutiva in pre-adolescenza). Tale ciclo completo è ripetibile a 6 mesi/ 1 anno con valenza di follow-up e valutazione di tenuta degli eventuali progressi precedentemente raggiunti. La presenza (ricongiungimento) dei genitori può essere prevista durante i week-end, con possibile pernottamento da concordare e secondo volontà del caregiver, in modo da favorire le attività specifiche previste anche sul versante genitoriale e permettere la ricostituzione del nucleo familiare dopo i primi giorni di permanenza, e verificare così eventuali modificazioni positive sul sistema famiglia (si specifica altresì che la quota alberghiera pro capite/die è pari a 40 euro). Al termine del ciclo bisettimanale è prevista la rivalutazione comportamentale mediante somministrazione di test/indicatori, e formulazione delle dimissioni, da condividere con la famiglia mediante restituzione e Uss inviante (vengono restituiti i dati raccolti e gli indicatori). In questa fase inoltre viene raccolto mediante questionario apposito il gradimento da parte della famiglia stessa. Il protocollo di valutazione dell'efficacia dell'intervento avviene tramite follow-up a 6 mesi / 1 anno.

ATTIVITA' SPECIFICHE E CONTENUTI

I contenuti specifici della residenzialità vengono organizzati sullo svolgimento della "giornata tipo" come occasione favorente la valenza terapeutica-abilitativa, in modo che lo svolgimento della quotidianità stessa, a titolo esemplificativo i pasti principali, le lezioni scolastiche in dad (con preventiva interfaccia diretta presso gli insegnanti e condivisione dei programmi scolastici da seguire durante il soggiorno), i compiti pomeridiani ed attività di gioco/socializzazione, gestiti e mediati dagli educatori e dagli addetti all'assistenza di base con la supervisione dello psicologo, o direttamente dallo psicologo stesso, possa già costituire un contesto di potenziamento delle abilità di auto-controllo, di gestione dell'impulsività e della relazione tra pari, generalmente elementi centrali di difficoltà in ragazzi/bambini con questo tipo di diagnosi. L'idea è infatti quella di utilizzare le occasioni di apprendimento nell'hic et nunc della situazione, direttamente quando se ne verifichi la possibilità. Per i genitori, durante i momenti di presenza e ricongiungimento, sono previsti invece incontri a carattere formativo/informativo inerenti la tematica ADHD, se graditi vengono predisposti colloqui individuali e di coppia di carattere supportivo e/o psicologico, e gruppi di discussione con gli altri genitori, in modo da confrontare e condividere le singole esperienze e di percepire il sentimento di "destino comune" anche con gli altri



genitori partecipanti. Viene inoltre fornito supporto specifico nella gestione comportamentale ed emotiva della relazione genitore/caregiver - bambino.

Schema attività specifiche

SCHEMA ATTIVITA' SPECIFICHE - BAMBINI

- Osservazione in loco (individuale/interazione col genitore; di gruppo);
- Analisi funzionale e valutazione neuropsicologica come da protocollo;
- Attività individuale di potenziamento delle abilità di mentalizzazione/meta-cognizione;
- Partecipazione mediata in comunità delle varie fasi della quotidianità (autonomie individuali igiene/vestizione, pasti principali, gestione delle interazioni...), coinvolgente principalmente il potenziamento della pianificazione, delle abilità sociali, di auto-controllo e di adeguatezza comportamentale;
- Partecipazione alle attività scolastiche a distanza (con preliminare condivisione con gli insegnanti del programma e degli obiettivi da affrontare durante il soggiorno), coinvolgente principalmente il potenziamento delle facoltà attentive, di concentrazione e di compliance sostenuta al compito;
- Laboratorio compiti scolastici pomeridiani, coinvolgente principalmente attività di auto-controllo e potenziamento e supporto degli apprendimenti;
- Attività di gioco e di socializzazione, coinvolgente principalmente il potenziamento delle abilità sociali e di interazione tra pari;
- Valutazione osservativa/comportamentale "post" e relazione di dimissione;
- Restituzione dimissione/raccolta dati con Ulss invianti.

SCHEMA ATTIVITA' SPECIFICHE - GENITORI

- Colloquio telefonico di primo contatto/raccordo informativo col genitore/genitori;
- Osservazione della dinamica di interazione genitore/figlio;
- Incontri di gruppo a carattere formativo/informativo per le tematiche inerenti ADHD;
- Colloqui di coppia (o singoli) di carattere supportivo e psicologico (se graditi) relativamente al sistema famiglia ed al rapporto genitore/figlio;
- Gruppi di discussione/confronto e di supporto, mediati dallo psicologo;
- Attività di gioco di gruppo, dinamica genitore/figlio;
- Restituzione specialistica in dimissione;
- Raccolta gradimento esperienza soggiorno-terapeutico;
- Disponibilità al contatto e supporto anche in ottica futura.

RISORSE IMPIEGATE

Le risorse dedicate al progetto vengono individuate e preventivamente formate con il supporto diretto ed attivo delle Ulss invianti, mediante attività formativa specifica in loco; così come, sempre attraverso Ulss, potrà essere attivata opportuna consulenza Npi. Rispetto alle risorse già presenti ed operanti nell'istituto PioXII e coordinate dal direttore



sanitario, quali il pediatra, lo specialista pneumologo, gli infermieri, il fisioterapista, il biologo ed il pedagogista, verranno inoltre integrate le seguenti professionalità appositamente dedicate:

- psicologo
- educatore
- addetto all'assistenza di base

BIBLIOGRAFIA

Bagwell C., Brooke M., Pelham W., Hoza B. (2001), Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 1285-1292.

Barkley R.A. (1997), Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121: 65-94.

Barkley R.A. (2006), A theory of ADHD, in R.A. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, New York, Guilford.

Biederman J., Newcorn J., Sprich S. (1991), Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders, *The American Journal of Psychiatry*, 148, 5: 564-577.

Luccherino L., Pezzica S. (2009), Campus Estivo Judo e Avventura, *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 1: 96-103.

Luccherino L., Pezzica S. (2012), Sport e ADHD: un Campus Estivo residenziale per adolescenti con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* (2012), vol. 79: 467-478.

Masi G., Millepiedi S., Pezzica S., Bertini S., Berloffia S. (2005), Comorbilità e diagnosi differenziale del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività: implicazioni cliniche e terapeutiche, *Disturbi di attenzione e iperattività*, 1: 89-106.

Matsuishi T. (2009), Short-term effect of American Summer Treatment Program for Japanese children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Brain Development*, 32, 2: 115-22.



Mugnaini D., Masi G., Brovedani P., Chelazzi C., Matas M., Romagnoli C., Zuddas A. (2006), Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade, *European Psychiatry*, 21:4 19-426.

Nixon E. (2001), The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature, *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6: 172-180.

Pelham W. E., Hoza B. (1996), Intensive treatment: a Summer Treatment Program for children with ADHD, in E. Hibbs, P. Jensen (Eds), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*, New York, APA Press.

Shallice T., Marzocchi G.M., Coser S., Del Savio M., Meuter R.F., Rumiati R.I. (2002), Executive Function Profile of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Developmental Neuropsychology*, 2, 1: 43-71.

Sibley M.H., Pelham W.E., Evans S.W., Et Al. (2011), An evaluation of a Summer Treatment Program for adolescents with ADHD, *Cognitive Behavioral Practice*, 18: 530-44.

SINPIA- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2006), Linee guida per il DDAI e i DSA. *Diagnosi e interventi per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Trento, Erickson.

Sonuga-Barke E.J.S. (1996), When "Impulsiveness is delay aversion": a reply to Schweitzer and Sulzer-Azaroff (1995), *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 1023-1025.

Yamashita Y., Mukasa A., Honda Y., Et Al. (2011), Summer treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder: Japanese experience in 5 years, *Brain Development*, 33, 3: 260-7.

Zuddas A., Marzocchi G.M., Oosterlaan J., Cavolina P., Ancilletta B., Sergeant J.A. (2006), Factor structure and cultural aspect of Disruptive Behaviour Disorders symptoms in Italian children, *European Psychiatry*, 21: 410-8.



Progetto di *sperimentazione* a carattere terapeutico-abilitativo di accoglienza residenziale temporanea con valenza preventiva in soggetti ADHD a bassa soglia: diagramma di presa in carico.

