Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 8 maggio 2025, n. 292

Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)"

Oggetto: Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali per trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)".

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 concernente: *"Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale"* e s.m.i.;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, recante "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e successive modifiche e integrazioni, e in particolare l'art. 58 "*Costituzione dei gruppi di lavoro*" che al comma 6 prevede che l'atto di costituzione del gruppo di lavoro stabilisce gli obiettivi, la durata, la composizione del gruppo e il dirigente incaricato di sovraintendere all'attività del gruppo stesso;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 *"Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni"* che ha istituito la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 25 maggio 2023 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al dott. Andrea Urbani;
- l'Atto di Organizzazione n. G13499 del 13 ottobre 2023 con il quale è stato conferito l'incarico di Dirigente dell'*Area Rete Integrata del Territorio* della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al dott. Marco Nuti;
- la Determinazione n. G16009 del 18 novembre 2022 concernente: "Dr.ssa Vincenzina Ancona, Dirigente Medico ASL RM2. Assegnazione in posizione di comando per il conferimento dell'incarico di Dirigente dell'Ufficio "*Salute mentale, dipendenze e minori*" dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitari;
- l'Atto di Organizzazione n. G01930 del 23 febbraio 2024 concernente: *"Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale";*
- l'Atto di Organizzazione n. G09536 del 17.07.2024 recante: *"Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria"* con il quale è stato definito l'assetto organizzativo della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e sono state approvate le declaratorie delle competenze delle Aree, degli Uffici e dei Servizi;

VISTI riguardo la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*";
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., concernente: *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., concernente: "*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";*
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 concernente: *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";*
- il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 concernente: "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.";
- la DGR del 15 novembre 2024, n. 939 concernente: Adozione del *"Programma Operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio";*

VISTI per quanto riguarda la normativa in materia di Salute Mentale:

- la L.R. 14 luglio 1983, n. 49 recante: *"Organizzazione del servizio Dipartimentale di Salute Mentale"*;
- il D.P.R. 7 aprile 1994 recante: Approvazione del Progetto Obiettivo "*Tutela Salute Mentale 1994-1996";*
- il D.P.R. 10 novembre 1999 recante: Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000";
- la D.G.R. 8 febbraio 2000, n. 236 recante: Approvazione Progetto Obiettivo Regionale: "*Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002*". Attuazione del progetto obiettivo nazionale: "Tutela salute mentale 1998-2000"
- il Decreto del Ministero della Sanità del 24 aprile 2000 recante: "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1999-2000;
- il D.C.A. 16 settembre 2014, n. 287 di recepimento dell'Accordo 2013 n. 4/CU relativo al "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "*Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014;
- il DPCM del 12 gennaio 2017, recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" e, in particolare:
  - l'articolo 25, che stabilisce: "*Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;*
  - l'articolo 26, che stabilisce "*Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali"*;

VISTI per quanto riguarda la disciplina in tema di Disturbo da Deficit di Attenzione e/o Iperattività (ADHD):

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" (Rep. Atti n. 70/CV del 25 luglio 2019);
- la legge 18 agosto 2015, n. 134, recante "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie";
- la D.G.R. del 16 novembre 2021, n. 765 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "*Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza"* (Rep. Atti n 70/CU del 25 luglio 2019)";
- la Determinazione n. G02853 del 8/3/2018 dell'Area Politiche per l'Inclusione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali recante: "*Assistenza sanitaria e sociosanitaria ai pazienti che soffrono di ADHD*";
- la Legge regionale del 11 agosto 2021, n. 14, recante: "*Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale 2021 e modifiche di leggi regionali*" e in particolare:
  - l'articolo 35, comma 1, che stabilisce che: "*Al fine di favorire procedure uniformi per la presa in carico e la cura dei soggetti affetti da disturbo da deficit di attenzione e iperattività, la Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta apposite linee guida regionali per la presa in carico di soggetti affetti da disturbo da deficit di attenzione ed iperattività*";
  - l'articolo 35, comma 2, che stabilisce che: "*Per le finalità di cui al comma 1, la Regione promuove altresì, senza nuovi o maggiori oneri per le finanze regionali, protocolli di intesa di diagnosi e cura con i servizi sanitari locali e l'ufficio scolastico regionale nonché' con gli enti del Terzo settore operanti in materia*";
- la D.G.R. del 29 settembre 2022, n. 762, concernente: Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione" che. nel documento allegato, alla Parte Terza, Scheda Obiettivo 9.4, dal titolo: *Definizione di percorsi strutturati di presa in carico in età evolutiva*, stabilisce: "*Definizione di linee di indirizzo per percorsi di diagnosi e trattamento per ADHD, DSA e PDTA per ASD";*

VISTI per quanto concerne la disciplina in tema di medicinali per ADHD:

- la Determina n. 758/2019 dell'8 maggio 2019, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, recante: Modifica della determina n. 141/2013 del 6 febbraio 2013, concernente l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano "*Medikinet*";
- la Determina del 6 maggio 2019, n. 50247, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, concernente: "*Modifica alla determina AIFA n.488 del 27 aprile 2015, così come rettificata dalla determina AIFA n. 860 del 13 luglio 2015, relativa all'inserimento del medicinale metilfenidato nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età*";

- la Determina n. DG/757/2019 dell'8 maggio 2019, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, recante: Modifica della determina n. 876/2007 del 19 aprile 2007, concernente l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano "*Ritalin*", che abroga il protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il Registro nazionale ADHD;
- la Determina n. DG/756/2019 dell'8 maggio 2019 dell'Agenzia Italiana del Farmaco, recante: Modifiche delle Determine n. 437/2007 del 19 aprile 2007, n. 952/2013 del 4 novembre 2013 e n.1291/2014 del 3 novembre 2014, relative al medicinale per uso umano "*Strattera*", che sostituisce il Registro nazionale ADHD presso l'Istituto Superiore di Sanità con il Registro di monitoraggio AIFA e abroga il Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il Registro nazionale ADHD;
- la Determina n. DG/759/2019 dell'8 maggio 2019 dell'Agenzia Italiana del Farmaco, recante: Modifiche delle Determine n. 628/2013 del 9 luglio 2013 e n.964/2014 del 15 settembre 2014 relative al medicinale per uso umano "*Equasym*";

VISTA la Determinazione n. G00712 del 22.01.2025 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, concernente *"Aggiornamento e integrazione dell'elenco dei Centri abilitati alla elaborazione del piano terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci contenenti il principio attivo Metilfenidato"*;

RICHIAMATI

- l'Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 281 del 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, le Provincie, i Comuni e le Comunità montane sulle "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico*", Rep. Atti n. 132/CU del 22 novembre 2012;
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul *"Piano di azioni nazionale per la salute mentale"* (PANSM), Rep. Atti n. 4/CU del 24 gennaio 2013;
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014, e in particolare:
  - l'articolo 6, comma 2, che stabilisce che: *Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della NON Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Ssr e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze*;
- la Circolare prot. n. 4089 del 15/06/2010 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6, concernente: "*Disturbo di deficit di attenzione e iperattività*", dove si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico di detti alunni alla luce del documento sottoscritto da Airipa (Associazione Italiana Ricerca ed Intervento nella psicopatologia dell'apprendimento), Sinpia (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza), Aidai (Associazione Italiana per i disturbi di attenzione, iperattività e patologie correlate), Aifa (Associazione Italiana Famiglie Adhd Onlus) e pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità;
- la Circolare prot. n. 1395 del 20/03/2012 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6, concernente *"Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/Iperattività)"*, che, al fine di agevolare ulteriormente gli operatori scolastici che si trovano ad affrontare le problematiche derivanti dalla presenza di alunni affetti da ADHD nelle classi, si richiama l'opportunità che ciascuna istituzione scolastica interessata rediga un Documento Personalizzato per gli alunni affetto da ADHD, così come previsto per i soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
- la Direttiva Ministeriale del 27/12/2012 (BES) concernente *"Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*", e in particolare:
  - punto 1.2 – *Alunni con disturbi specifici*, dove indica, tra l'altro, che gli alunni con competenze intellettive nella norma o anche elevate, che – per specifici problemi – possono incontrare difficoltà a Scuola, devono essere aiutati a realizzare pienamente le loro potenzialità. Fra essi, alunni e studenti con DSA (Disturbo

Specifico dell'Apprendimento) sono stati oggetto di importanti interventi normativi, che hanno ormai definito un quadro ben strutturato di norme tese ad assicurare il loro diritto allo studio;

- punto 1.3 - *Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e della iperattività*, che evidenzia la necessità di estendere a tutti gli alunni con bisogni educativi speciali le misure previste dalla Legge 170/2010 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento, di cui al precedente punto 1.2;

CONSIDERATO

- che il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è inserito nel DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tra i disturbi del Neurosviluppo e risulta essere caratterizzato da difficoltà di attenzione, di controllo della motricità e da impulsività;

VISTE le Linea guida NICE (NG 87) del National Institute for Health and Care Excellence, concernente: *"Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: diagnosi e gestione*" recanti il riconoscimento, la diagnosi e la gestione del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini, nei giovani e negli adulti;

VISTI i risultati pubblicati sulla rivista scientifica dell'ISS "Rapporti ISTISAN" n. 16/37 dal titolo "Registro nazionale dell'ADHD: dati dal 2007 al 2016 e presentati in data 28 febbraio 2017 presso l'ISS;

VISTA la Determinazione n. G14715 del 29 novembre 2021 dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente "*Costituzione gruppo di lavoro per la definizione di procedure uniformi per la presa in carico e la cura dei soggetti affetti da disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)* ai sensi dell'art.35 (Linee guida regionali per la presa in carico di soggetti affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività) della L.R n.4/2021 ("Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale 2021 e modifiche di leggi regionali")";

VISTA la Determinazione n. G04800 del 20/04/2024, dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente "*Aggiornamento Gruppo di lavoro istituito con la Determinazione 29 novembre 2021, n. G14715 per la definizione delle linee di indirizzo per la presa in carico di soggetti affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) e la costruzione di una rete integrata di Servizi per la diagnosi e cura"*;

TENUTO CONTO che il gruppo di lavoro istituito, ha elaborato un documento denominato: *"Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD);*

RITENUTO di approvare le *"Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)",* (Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare le *"Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)"*, (Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli atti necessari e conseguenti all'attuazione della presente Deliberazione.

La presente Deliberazione con il relativo Allegato sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e diffuso sul sito internet www.regione.lazio.it

Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

Sommario

Analisi del Contesto **2**
Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) 2
Criteri diagnostici 3
Epidemiologia ed impatto sociale 7
Parte I - La presa in carico in età evolutiva **9**
1.1 Organizzazione dei Servizi 9
1.2 Riconoscimento, identificazione e invio 10
1.2.1 Popolazione a rischio 11
1.3 Valutazione, diagnosi clinica e funzionale 13
1.3.1 La comorbilità 13
1.4 La gestione clinica dell'ADHD in età evolutiva: dalla diagnosi alle indicazioni terapeutiche 14
1.4.1 Pianificazione del trattamento 14
1.4.2 Supporto: scuola e famiglia 15
1.5 Interventi non farmacologici 15
1.5.1 Parent training 15
1.5.2 Teacher Training 16
1.5.3 Intervento con bambino/adolescente 16
1.5.4 Presa in carico dei bambini in età prescolare 17
1.5.5 Presa in carico dei bambini in età scolare 18
1.5.6 Presa in carico degli adolescenti (12-18 anni) 18
Parte II - La presa in carico in età adulta **19**
2.1 La fase di transizione ai servizi dell'età adulta 19
2.2 La gestione clinica dell'ADHD in età adulta: dalla diagnosi alle indicazioni terapeutiche 19
2.3 Linee Guida ADHD 20
2.4 Interventi non farmacologici 22
2.5 La presa in carico in età adulta 23
Parte III- Interventi farmacologici **24**
3.1 Trattamento farmacologico minori ed adulti 24
Parte IV- Accesso alla terapia farmacologica per ADHD: Centri Prescrittori Regione Lazio **24**
4.1 Centri Prescrittori 25
4.2 Prescrizione e dispensazione terapia farmacologica per ADHD 28
Disposizioni finali **29**
Normativa di riferimento 30
Bibliografia 33

Analisi del Contesto

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)

L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo che esordisce in età evolutiva ma che interessa l'intero arco della vita, con una prevalenza *worldwide* che si pone tra il 5 e il 7% della popolazione in età scolare e che fino al 70% dei casi mostra una persistenza dei sintomi con compromissione significativa del funzionamento globale, assestandosi ad una prevalenza in età adulta del 2,5%-3% circa della popolazione generale. I dati epidemiologici più aggiornati stimano la prevalenza dell'ADHD in età adulta intorno al 2,5% della popolazione generale, fino al 20% degli utenti con diagnosi di altri disturbi psichiatrici e fino al 40-50% degli utenti con diagnosi di altri disturbi psichiatrici e/o che abbiano avuto problemi con la giustizia.

Alla luce delle conoscenze attuali, grazie al contributo della ricerca in questo campo, l'**ADHD** può essere considerato uno **"spettro" di condizioni eterogenee** nella loro presentazione clinica, similmente a quello che abbiamo compreso e codificato per i disturbi dello spettro dell'autismo.

L'**eziopatogenesi** è multifattoriale e vede l'interazione tra genetica, neurobiologia ed ambiente. Gli studi sul DNA, sulle famiglie e sui gemelli hanno evidenziato che l'ADHD condivide in parte dei fattori di rischio genetici e ambientali con altri Disturbi del Neurosviluppo (autismo, disabilità intellettiva), dell'area psichiatrica (depressione, ansia, schizofrenia, disturbi da uso di sostanze e disturbi del comportamento alimentare) e di tipo medico (obesità, emicrania, malattie autoimmuni); un'altra componente del rischio genetico è invece specifica dell'ADHD (Faraone et al., 2021).

Tra i fattori ambientali associati sono stati evidenziati alcuni tossici ambientali, la prematurità, il basso peso alla nascita e alcuni eventi avversi durante lo sviluppo (Faraone et al. 2021).

I **sintomi *core*** sono caratterizzati dalla presenza di **disattenzione, discontrollo degli impulsi e iperattività**, e influiscono in maniera negativa sulla qualità della vita in termini di difficoltà personali e psicologiche, scolastiche e lavorative, relazionali e sociali. In età adulta è soprattutto il deficit di attenzione a prevalere mentre i sintomi di impulsività e iperattività tendono ad essere meno manifesti, a prendere forme più internalizzate con l'avanzare dell'età.

I sintomi devono presentarsi prima dei 12 anni d'età e perdurare da più di 6 mesi; devono essere evidenti in almeno due contesti di vita: casa, scuola, lavoro, con gli amici e i parenti e causare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

L'ADHD si caratterizza, tra i Disturbi del Neurosviluppo sia per l'elevata prevalenza, sia per la capacità di favorire l'insorgenza di altri disturbi dell'area comportamentale, psichiatrica e delle dipendenze (Faraone et al., 2021).

Le persone con diagnosi di ADHD hanno un rischio elevato di fallimento scolastico, di sviluppare comportamenti antisociali, disturbi d'ansia e dell'umore, di abusare di droghe e alcol, di avere lesioni accidentali e morte prematura, compreso il suicidio tentato e portato a termine (Faraone et al., 2021).

Il rischio di suicidio nei pazienti con ADHD è circa 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Septier et al., 2019). L'ADHD si comporta come un importante moltiplicatore psicopatologico che a tutte le età può determinare traiettorie di sviluppo che condizionano gravemente la vita dei bambini e delle loro famiglie, producendo una qualità della vita paragonabile solamente a quella dei pazienti con paralisi cerebrali infantili e tumori (Lee et al., 2016; Varni e Burwinkle, 2006).

La gravità del Disturbo e le possibili conseguenze, durante lo sviluppo, richiedono l'attivazione di procedure diagnostiche e di percorsi di cura specifici all'interno di un'organizzazione dei Servizi che consenta di seguire questi pazienti e le loro famiglie.

I fattori di rischio associati alla persistenza del Disturbo comprendono un basso QI, il Disturbo Oppositivo Provocatorio e disagio economico e sociale.

L'ADHD nell'adulto si associa ad una marcata compromissione del funzionamento sociale, accademico e lavorativo unitamente ad una maggiore frequenza di incidenti, di facile esposizione al rischio e di condotte criminose.

Alcuni studi hanno evidenziato anche la possibilità di un esordio tardivo del Disturbo, verosimilmente non diagnosticato in età evolutiva o con sintomatologia sottosoglia durante l'infanzia.
L'ADHD nell'adulto si manifesta con una sintomatologia prevalentemente disattentiva ed è presente con un rapporto maschio/femmina di circa 2/1. Questa prevalenza in termini di genere è più evidente in età evolutiva e tende a ridursi nell'adulto verosimilmente in relazione alle crescenti richieste prestazionali ed alla persistenza della sintomatologia disattentiva.
La diagnosi di ADHD nell'adulto, se non effettuata in età evolutiva, prevede necessariamente l'individuazione della sintomatologia disattentiva/iperattiva in età evolutiva attraverso una valutazione retrospettiva delle varie fasi evolutive non sempre di facile ricostruzione nella quale i sintomi compaiono prima dei 12 anni di età.
Inoltre, il decorso dell'ADHD nella transizione, tra l'età evolutiva e l'età adulta, può essere caratterizzata dallo sviluppo di comorbilità complesse (disturbi della personalità, disturbi dell'umore e condotte di abuso) che rendono non sempre facile la diagnosi nonostante l'impatto negativo che ne può derivare sulla qualità di vita.
Pertanto, è di fondamentale importanza porre una diagnosi tempestiva ed individuare un corretto trattamento, sia nel paziente già diagnostico in età evolutiva, sia nel paziente non ancora diagnosticato.
In Italia, la sensibilità verso l'ADHD è progressivamente aumentata grazie alla maggiore informazione e conoscenza dei sintomi distintivi ed a una maggiore capacità di collaborazione tra famiglia e Servizi (sanitari, sociali e scolastici).

Criteri diagnostici

I criteri per la diagnosi di ADHD sono definiti nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5 TR (Tab.1 e Tab.2).

Tab.1 Criteri diagnostici per la popolazione minorenne

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 TR	
A. Un *pattern* persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2):	
1. Disattenzione: Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno sei mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.	*Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.* 1. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (per es. trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato). 2. Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es. ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione, una lunga lettura). 3. Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es. la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti). 4. Spesso non segue e istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (per es. inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente). 5. Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es. difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze). 6. Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es. compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più

<table>
<tr><th colspan="3">CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 TR</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">grandi e adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).
7. Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es. materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare).
8. Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui).
9. È sbadato/a nelle attività quotidiane (per es. sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti).</td></tr>
<tr><td>2. Iperattività e impulsività: Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un’intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative:</td><td colspan="2">Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.

1. Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.
2. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es. lascia il posto in classe, in ufficio o in altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto).
3. Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato (Nota: Negli adolescenti e negli adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti).
4. È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.
5. È spesso “sotto pressione”, agendo come se fosse “azionato/a da un motore” (per es. è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare).
6. Spesso parla troppo.
7. Spesso “spara” una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es. completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).
8. Ha spesso difficoltà nell’aspettare il proprio turno (per es. mentre aspetta in fila).
9. Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es. interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti e adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri).</td></tr>
<tr><td colspan="3">B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.</td></tr>
<tr><td colspan="3">C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es. a casa, a scuola o al lavoro; con amici e parenti; in altre attività).</td></tr>
<tr><td colspan="3">D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.</td></tr>
<tr><td colspan="3">E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es. disturbo dell’umore, disturbo d’ansia, disturbo dissociativo, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).</td></tr>
<tr><td>Specificare quale:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>314.01 (F90.2)</td><td>Manifestazione combinata:</td><td>Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività)</td></tr>
</table>

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 TR		
		sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.
314.00 (F90.0)	Manifestazione con disattenzione predominante:	Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
314.01 (F90.1)	Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti:	Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto ma il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.
Specificare se: **In remissione parziale:**	Quando tutti i criteri sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi sei mesi e i sintomi ancora causano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.	
	Lieve:	Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo.
	Moderata:	Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra “lievi” e “gravi”.
	Grave:	Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Tab.2 Criteri diagnostici per la popolazione maggiorenne

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 TR
A. Un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo, come caratterizzato da (1) e/o (2): **Disattenzione:** Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistiti per almeno sei mesi con un’intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative. ***Nota:*** *I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.* Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro o in altre attività (per es. trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato). Ha spesso difficoltà a mantenere l’attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es. ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione, una lunga lettura). Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es. la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti). Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze o i doveri sul posto di lavoro (per es. inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente). Ha spesso difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es. difficoltà nel gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiali e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze). Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es. compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grandi e adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 TR
Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es. materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulare). Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui). È sbadato/a nelle attività quotidiane (per es. sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti). **Iperattività e impulsività:** Sei (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative: ***Nota:*** *I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.* Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es. lascia il posto in classe, in ufficio o in altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto). Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato (**Nota:** Negli adolescenti e negli adulti può essere limitato al sentirsi irrequieti). È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente. È spesso "sotto pressione", agendo come se fosse "azionato/a da un motore" (per es. è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare). Spesso parla troppo. Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es. completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione). Ha spesso difficoltà nell'aspettare il proprio turno (per es. mentre aspetta in fila). Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es. interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti e adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri).
B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.
C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es. a casa, a scuola o al lavoro; con amici e parenti; in altre attività).
D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.
E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es. disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze).
Specificare quale: **314.01 (F90.2) Manifestazione combinata:** Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi. **314.00 (F90.0) Manifestazione con disattenzione predominante:** Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi. **314.01 (F90.1) Manifestazione con iperattività/impulsività predominanti:** Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto ma il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi. *Specificare* se: **In remissione parziale:** Quando tutti i criteri sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri sono stati soddisfatti negli ultimi sei mesi e i sintomi ancora causano compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. *Specificare* la gravità attuale: **Lieve:** Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale o lavorativo. **Moderata:** Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi". **Grave:** Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Epidemiologia ed impatto sociale

La prevalenza a livello globale dell'ADHD è di circa 5.3% in bambini e adolescenti con un rapporto maschio/femmina di 2:1 (Wilcutt et al. 2012) e del 2,8% negli adulti. Anche se i dati epidemiologici suggeriscono che, quando vengono applicati gli stessi criteri e procedure diagnostiche, i tassi di prevalenza epidemiologica dell'ADHD sono simili in tutto il mondo, la prevalenza amministrativa per l'ADHD (tasso di diagnosi clinica) varia notevolmente sia tra i paesi che all'interno di essi (EAGG,2021).

Si stima che in Europa fino al 5% di bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 17 anni presenti un disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (Wittchen et al., 2011). Nel Regno Unito, in un campione di età media 7.2 anni (range 6.3–8.2), la prevalenza è stata 1.4% (Russell et al. 2014)

In uno studio italiano condotto sulla base dei dati provenienti dal registro nazionale ADHD in Lombardia (giugno 2007 - maggio 2010), la prevalenza trattata è stata pari allo 0.95% (Didoni et al. 2011Oct; Bonati et al. 2015). In generale il Disturbo è prevalente nel sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 2/1. Nel territorio della Regione Lazio, la stima di prevalenza è di circa 125.000 persone con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, di cui 32.000 minori il 5% della popolazione tra i 6 ed i 17 anni e circa 93.000 adulti il 2,5% della popolazione tra i 18 ed i 67 anni, considerando l'età lavorativa. (stime elaborate secondo le prevalenze di ADHD indicate nel DSM 5 e i dati ISTAT di popolazione residente nel Lazio al 1°gennaio 2024).

L'ADHD comporta un carico considerevole a livello individuale, familiare e sociale e ha un impatto importante sulla qualità della vita e sul funzionamento quotidiano.

Quando la sintomatologia del Disturbo risulta maggiormente pervasiva e di difficile contenimento, l'evoluzione nel tempo implica la cronicizzazione di risposte maladattive che tendono ad aggravare il livello di disadattamento e di malessere della persona, alimentando le comorbilità psichiatriche molto spesso presenti sin dall'età scolare e promuovendo la comparsa di quadri psichiatrici che potranno mascherare il Disturbo sottostante. Il Disturbo manifesta le sue conseguenze sul bambino in età scolare con un livello di compromissione funzionale globale che implica una bassa autostima, una maggior esposizione a incidenti, al fumo, a esperienze trasgressive, a difficoltà accademiche; le relazioni sociali saranno sempre più frequenti con gruppi devianti. Con la crescita e l'evolversi del Disturbo, quel bambino si troverà esposto in età adolescenziale/adulto giovanile a:

- **compromissione emotiva e sociale**: una meta-analisi, combinando dodici studi con oltre 1.900 partecipanti, ha scoperto che gli adulti con ADHD avevano livelli molto elevati di disregolazione emotiva rispetto ai controlli con sviluppo normale (Beheshti et al., 2020);
- **peggiore qualità della vita**: i giovani con ADHD, una volta cresciuti mostrano una qualità di vita rispetto ai coetanei con sviluppo normale peggiore in ambito fisico, emotivo e scolastico. (Lee et al., 2016);
- **aumento del rischio di lesioni ed incidenti**: una meta-analisi di 32 studi, che riguardano più di quattro milioni di persone, ha rilevato che le persone con ADHD avevano un rischio maggiore del 40-50% di avere lesioni fisiche accidentali (RuizGoikoetxea et al., 2018a);
- **aumento del rischio di morte per suicidio**: una meta-analisi ha rilevato che, le persone con ADHD hanno tentato il suicidio in una percentuale doppia rispetto alle persone con sviluppo tipico (sei studi, con oltre 65.000 persone), avevano oltre tre volte il tasso di ideazione suicidaria (23 studi, con oltre 70.000 persone) e oltre sei volte la percentuale di suicidio portato a termine (quattro studi, oltre 130.000 persone) (Septier et al., 2019);
- **aumento della criminalità e delinquenza:** una meta-analisi ha riportato che la prevalenza dell'ADHD tra gli adolescenti in detenzione minorile è di poco superiore al 17%, sia per i maschi (24 studi, oltre 24.000 individui) che per le femmine (13 studi, oltre 3.900 individui), che è molto più alta della prevalenza nella popolazione (Beaudry et al., 2020);
- **aumento dell'uso di sostanze stupefacenti**: uno studio svedese su oltre mezzo milione di persone ha rilevato un'associazione più che triplice tra diagnosi di ADHD e successivi disturbi da uso di droga; dopo l'adeguamento dei dati al sesso e all'educazione dei genitori (Sundquist et al., 2015), (*International Consensus Statement on ADHD*,2021).

Sebbene, come documentato, molti gravi esiti negativi siano stati associati all'ADHD, molti pazienti possono avere una buona qualità di vita se ricevono cure appropriate e tempestive.
La diagnosi di ADHD nell'adulto è prevalentemente clinica e viene effettuata mediante la somministrazione di interviste strutturate specifiche (DIVA-5 e ACE-plus).
La DIVA-5 è una intervista clinica semi strutturata basata sui criteri diagnostici del DSM-5. Per la diagnosi è fondamentale la ricostruzione della storia di sviluppo in età evolutiva, la quale deve essere caratterizzata dalla presenza di sintomatologia ADHD specifica influente sul funzionamento entro i primi 12 anni di età. È pertanto fondamentale che durante l'intervista diagnostica sia presente, ove possibile e con il consenso dell'utente, un *informant* (familiare o convivente) che possa aiutare ad approfondire le informazioni in maniera retrospettiva. Un *informant* risulta ad ogni modo utile anche nella conferma e nell'approfondimento dei sintomi ADHD attuali. In assenza di *informant* si può fare riferimento per quanto riguarda l'età evolutiva a documenti scolastici o altro materiale didattico, se in possesso (esempio pagelle scolastiche) .
Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è riconosciuto come persistente per l'intero arco di vita, inserito all'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali tra i Disturbi del Neurosviluppo.
I criteri per la diagnosi di ADHD sono definiti nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5-TR (che conferma la precedente edizione del DSM 5):

- età massima di insorgenza dei sintomi entro i 12 anni;
- il termine "sottotipo" è stato sostituito (dalle precedenti edizioni del DSM) con "presentazione", a significare la variabilità sintomatologica del Disturbo;
- la soglia dei sintomi necessari per fare diagnosi è stata ridotta (dalle precedenti edizioni del DSM) da 6/9 a 5/9 per i giovani > di 17 anni per entrambi i domini (disattenzione ed iperattività/impulsività) e vengono individuati tre livelli di gravità (lieve, moderato e grave);
- è possibile fare diagnosi anche in comorbilità con i Disturbi dello Spettro dell'Autismo e con la Disabilità Intellettiva;
- le dimensioni cliniche quali, disregolazione emotiva, impulsività, labilità umorale, alterazioni del ritmo sonno-veglia e difficoltà nella gestione del tempo, sono state escluse tra i criteri diagnostici.

Parte I - La presa in carico in età evolutiva

1.1 Organizzazione dei Servizi

La tempestiva diagnosi e la consecutiva presa in carico del bambino con ADHD e della famiglia è di fondamentale importanza per il miglioramento della qualità di vita e per gli esiti favorevoli del Disturbo. Al fine di garantire un percorso di cura fluido e funzionale che accompagni la persona durante le fasi dello sviluppo dall'età evolutiva all'età adulta, diventa cruciale il lavoro di rete tra i servizi sanitari, sociali, educativi e scolastici coinvolti.

La presa in carico dei pazienti in età evolutiva con ADHD è di competenza dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA). Essi si occupano della gestione clinica di questi pazienti in rete con i Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.) e i Medici di Medicina Generale (M.M.G.). Il Servizio di NPIA rappresenta il nodo centrale della rete di servizi sanitari, sociali e educativi che sono attivi sulle famiglie con bambini e adolescenti ADHD. Considerata la centralità di quest'ultimo, come regista dell'intervento, è necessario che, in ogni distretto sanitario, sia presente personale con formazione aggiornata sull'ADHD, che possa pianificare gli interventi necessari coinvolgendo i pediatri, la scuola e i municipi/comuni di appartenenza. Questi ultimi hanno un importante ruolo nella fase di presa in carico attraverso, ad esempio, il sostegno alle famiglie con problematiche sociali e gli interventi di supporto educativo domiciliare (es. SISMIF, Servizio per l'Integrazione e il Sostegno ai Minori in Famiglia) o l'assistenza in caso di disabilità intellettiva associata (SAISH, Servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile).

La "prossimità" dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza risponde ai bisogni di diagnosi e cura di tale tipologia di utenza con la possibilità di attivare gli interventi necessari nei contesti di vita. I casi ad alta complessità (comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo o con problemi di condotta o disturbi dell'umore o altra condizione medica) possono essere gestiti in collaborazione con i centri di terzo livello, rappresentati dalle Unità di Neuropsichiatria Infantile delle Aziende Ospedaliere/Fondazioni Ospedaliere Universitarie e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.).

L'**equipe multidisciplinare funzionale ADHD** deve essere composta da un neuropsichiatra infantile, uno psicologo/psicoterapeuta ed un terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, educatore professionale con il compito di:

- effettuare diagnosi intercettando in ogni fascia d'età le caratteristiche cliniche del Disturbo;
- valutare le eventuali comorbidità ed il peso di esse sul funzionamento globale del minore;
- pianificare interventi evidence-based, stabilendo in base a criteri di pervasività/gravità del Disturbo e dei fattori di rischio/protettivi;

Ciascuna Asl deve individuare un Referente Aziendale per l'ADHD in età evolutiva al fine di garantire la governance del percorso clinico e la collaborazione tra i Servizi.

Gli utenti ad alta complessità, per i quali i trattamenti indicati non abbiano apportato sostanziale beneficio, sono inviati dai Servizi territoriali ai Centri di terzo livello (Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie/ IRCCS), i quali devono garantire approfondimenti diagnostici, sempre in stretta collaborazione con i Servizi invianti.

La possibilità di lavorare in sinergia per i vari operatori sanitari coinvolti offre maggiori garanzie sulla continuità assistenziale, sul monitoraggio nel tempo dei trattamenti proposti e sulla valutazione degli *outcome*. Questo permetterà ai clinici di orientare le scelte terapeutiche (farmacologiche e non) rispetto alle evidenze di esito in profili clinici specifici.

1.2 Riconoscimento, identificazione e invio

Il riconoscimento, l'identificazione e l'invio di un minore con sospetto ADHD possono essere complessi e non sempre fluidi, in quanto, oltre ai genitori entrano in gioco diverse Agenzie territoriali (Scuola, PLS, MMG, Comuni o Municipi).

Pur essendo evidenti i comportamenti caratteristici dell'ADHD (elevata distraibilità, iperattività motoria, impulsività cognitiva e comportamentale), il Disturbo è spesso sottostimato nella popolazione generale e quindi presenta difficoltà di identificazione da parte del personale scolastico e dai servizi sanitari di primo livello (PLS e MMG).

Si rende necessario, pertanto, potenziare attraverso interventi formativi e informativi specifici, il livello di conoscenza e consapevolezza del Disturbo tra i servizi sanitari, sociosanitari ed educativi, al fine di offrire un percorso d'intervento appropriato per la presa in carico del paziente e della sua famiglia.

Il programma di formazione sarà elaborato con approccio condiviso, nel rispetto dei diversi ruoli e competenze professionali ed istituzionali, e dovrà prevedere interventi finalizzati a:

- acquisire una comprensione approfondita delle caratteristiche dell'ADHD e delle sue implicazioni;
- applicare strategie di intervento personalizzate ed efficaci, basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- favorire il dialogo e la collaborazione costante tra i servizi e settori coinvolti;
- sostenere adeguatamente le famiglie, rafforzandone il ruolo nel percorso terapeutico e educativo.

Per garantire omogeneità su tutto il territorio regionale, la progettazione privilegerà interventi formativi mirati per target di destinatari:

- la **formazione specialistica** per gli operatori sanitari (dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dei centri salute mentale, comprendendo anche il personale dei consultori, dei servizi per le dipendenze patologiche, dei servizi disabilità adulti, dei servizi sociali dei comuni e municipi, circuito penale minori, equipe/servizi preposte alla diagnosi DSA, ecc.) su aspetti diagnostici, interventi terapeutici *evidence-based* funzionali nelle diverse fasce d'età, psicofarmacoterapia con particolare attenzione alla *safety* ed agli effetti collaterali;
- **informazione** e **formazione ai Pediatri di Libera Scelta e ai Medici di Medicina Generale, coordinate con i Servizi delle Asl per minori e adulti** rispetto ai segni clinici specifici validi ai fini di una segnalazione allo specialista (*red flags*), per una maggiore conoscenza dei percorsi disponibili sul territorio, per una maggiore capacità di riconoscimento e individuazione dei sintomi somatici spesso associati. La Regione e/o le Asl promuovono la programmazione dei corsi di formazione obbligatoria sul tema, come previsto dall' art. 26 comma 2 dell'ACN 2019-2021 Supplemento Ordinario n. 28 alla G.U. Serie Generale n. 147 25/06/2024;

Sarebbe, inoltre, opportuno promuovere, con cadenza triennale o quinquennale, l'organizzazione di corsi specializzati dedicati alle strategie e tecniche di gestione comportamentale, nonché alle metodologie evidence-based per favorire l'apprendimento degli alunni con ADHD. Tali percorsi formativi rappresenterebbero un'occasione di miglioramento continuo delle competenze in ambito scolastico.

Pur non essendo indicati screening generali nella scuola dell'infanzia, nelle scuole primarie e secondarie (Nice 2018), quando un bambino o un'adolescente con un comportamento problematico o un sospetto ADHD è individuato nel contesto scolastico il corpo docente deve:

- fornire ai genitori informazioni sulle problematiche osservate e invitarli a rivolgersi al PLS/MMG per eventuali approfondimenti;
- il PLS/MMG, se necessario, invita la famiglia ad effettuare una visita specialistica presso il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Distretto di residenza;
- la famiglia può autonomamente accedere ai Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriali, qualora lo ritenga opportuno.

I Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale coinvolti hanno l'opportunità, per la maggiore prossimità con le famiglie dei propri pazienti, di effettuare un monitoraggio continuo dello sviluppo

rilevandone le caratteristiche cliniche quali l'appartenenza a specifici gruppi diagnostici con maggiore o minore rischio di presentare il Disturbo, hanno la possibilità di accogliere le osservazioni riportate dai genitori e le riferite indicazioni date loro dagli insegnanti.
Funzionale la condivisione di parametri standardizzati e condivisi in modo trasversale tra specialisti, che diano informazioni oggettive: utile istruire i PLS/MMG all'utilizzo di scale di valutazione del funzionamento globale del minore fino ai 18 anni come CGAS, o M-GAF-R nell'adulto.

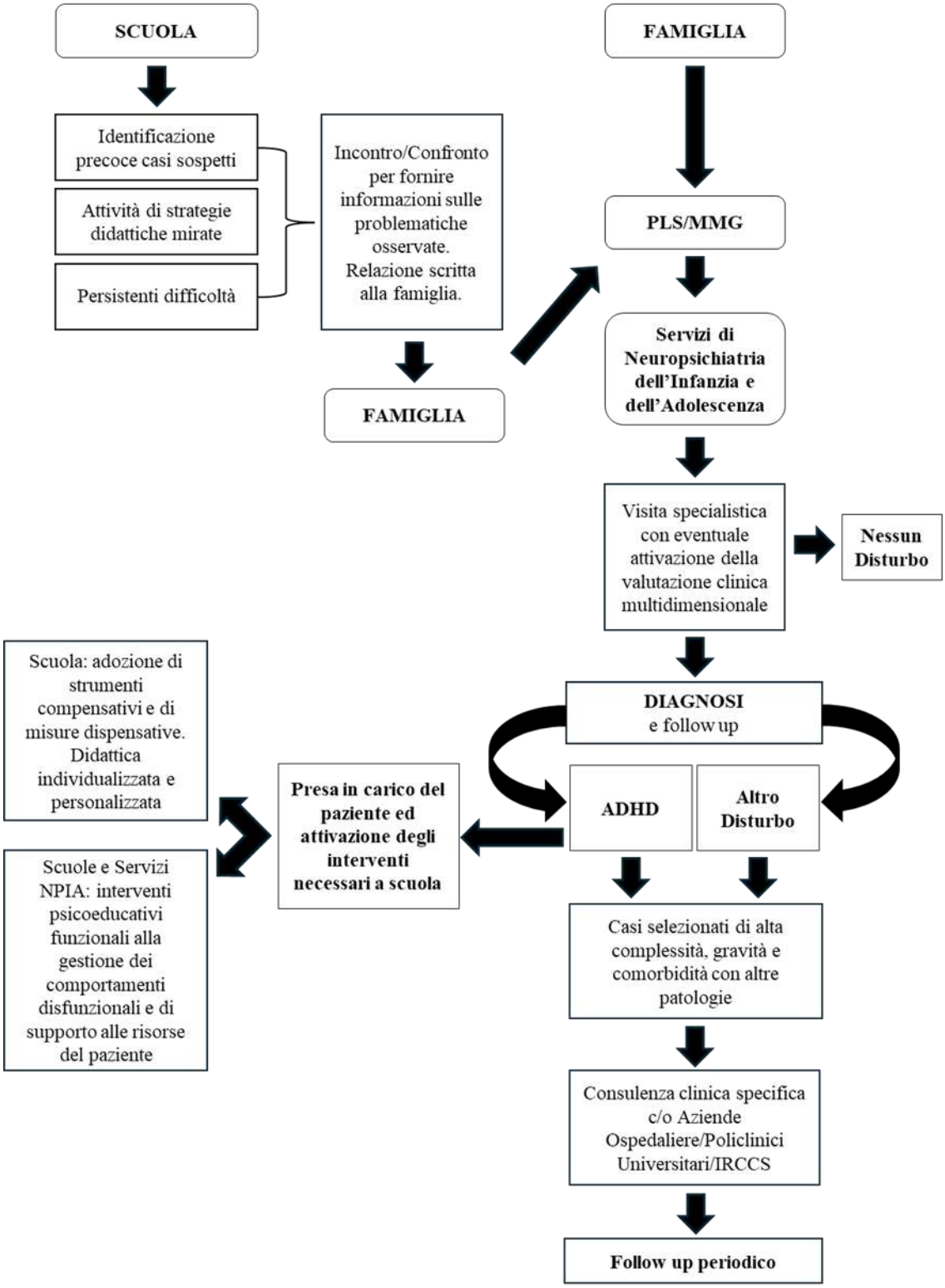
1.2.1 Popolazione a rischio

Il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale deve prestare particolare attenzione a specifici gruppi di pazienti nei quali la prevalenza dell'ADHD è maggiore rispetto alla popolazione generale (Faraone et al. 2021), alcuni di questi gruppi sono:

- nati prematuri;
- bambini e adolescenti affidati ai servizi sociali/istituzionalizzati;
- bambini e adolescenti diagnosticati con disturbi psicopatologici quali Disturbo Oppositivo Provocatorio o Disturbo della Condotta, Disturbi dell'Umore (es. ansia e depressione);
- anamnesi familiare indicativa di ADHD (familiare di primo grado diagnosticato con ADHD);
- pazienti affetti da epilessia;
- pazienti affetti da Disturbi del Neurosviluppo;
- pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione Alimentazione;
- anamnesi personale positiva per abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti/dipendenze comportamentali;
- precedenti problemi di giustizia (penale minorile o penale adulti);
- pazienti affetti da danno cerebrale acquisito.

È necessario inoltre considerare quelle situazioni in cui l'ADHD è sotto-diagnosticato, come per esempio nel sesso femminile: da attenzionare in particolare le traiettorie di sviluppo delle bambine che presentano difficoltà di regolazione e scolastiche. Le ragazze hanno una minore probabilità di essere inviate per una valutazione dell'ADHD, una minore probabilità di essere diagnosticate con ADHD ed una maggiore probabilità di ricevere una diagnosi sbagliata di altro disturbo mentale o di un altro disturbo del neurosviluppo (Nice, 2018): infatti le femmine presentano un rischio due volte maggiore di avere una prevalente difficoltà di attenzione rispetto ai maschi, senza quei sintomi "dirompenti" che ne determinano la richiesta di aiuto. Tuttavia, l'evidenza scientifica mostra che entrambi i sessi vengono colpiti dal Disturbo con lo stesso grado di severità, e ne subiscono le stesse conseguenze invalidanti. Le donne con ADHD, che non hanno ricevuto diagnosi in età infantile, possono giungere a consultazione dopo che l'ADHD viene diagnosticato ad uno dei figli riconoscendo nelle descrizioni, di chi ha fatto diagnosi, molti dei propri pattern comportamentali.

Fig.1 Percorso per l'accertamento precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età evolutiva



1.3 Valutazione, diagnosi clinica e funzionale

La diagnosi di ADHD in età evolutiva deve essere effettuata da un'equipe multidisciplinare con esperienza clinica nel Disturbo e competenza in psicopatologia dello sviluppo per definizione delle comorbidità e delle diagnosi differenziali nelle diverse fasi dello sviluppo.

Una diagnosi di ADHD non dovrebbe essere fatta solo sulla base di dati osservativi rilevati in visita, di scale di valutazione, di prove neuropsicologiche o di tecniche di neuroimaging (Faraone et al., 2021), la diagnosi è infatti clinica, effettuata sulla base di:

- una valutazione clinica e psicosociale completa della persona, considerando attentamente il comportamento e i sintomi in differenti domini e setting della vita quotidiana;
- una storia psichiatrica e di sviluppo completa;
- report osservativi e valutazione dello stato mentale attuale;
- informazioni sul comportamento e sulla compromissione funzionale del bambino raccolte da fonti multiple (scuola, casa e contesti di vita).

Le scale di autosomministrazione come le Conners 3, il Questionario sui Punti di Forza e le Difficoltà (SDQ) e le osservazioni a scuola contribuiscono a fornire informazioni multiple dai vari contesti.

Nella realtà italiana e in analogia con altri disturbi della sfera neuropsichiatrica, si consiglia che nel percorso diagnostico vengano utilizzate interviste semi-strutturate tra le quali, a titolo esemplificativo, citiamo la *Kiddie-Schedule* for *Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life-Time version* (K-SADS-PL DSM 5; Kaufman et al. 2016; Sogos et al. 2019).

Per la diagnosi di ADHD i sintomi di iperattività/impulsività e/o di disattenzione devono soddisfare i criteri diagnostici del DSM 5-TR o dell'ICD 10 (disturbo ipercinetico):

- essere pari o maggiori a 6 (5 in adolescenti/adulti) nell'area riferita alla disattenzione o in quella dell'iperattività impulsività;
- causare almeno compromissione moderata a livello psicologico, sociale/educativo/lavorativo, evidenziato da un'intervista clinica/funzionale e/o dalla osservazione diretta in contesti multipli;
- essere pervasivi, essendo presenti in almeno 2 o più contesti di vita, inclusi la famiglia/la scuola/il lavoro/ il contesto sociale;
- essere valutati in base a criteri adattati in relazione ai cambiamenti comportamentali specifici per ogni fascia di età.

Per poter effettuare un buon inquadramento dell'ADHD è necessario raccogliere tutti i dati sulla traiettoria evolutiva del bambino e i fattori di contesto che possono influire sulla sua espressività clinica: all'interno del processo diagnostico è necessario includere una valutazione dei bisogni della persona, di eventuali condizioni cliniche coesistenti e di situazioni/circostanze sociali/familiari/scolastiche/lavorative. Per i bambini e gli adolescenti è utile considerare la salute mentale dei genitori o dei *caregivers* (NICE, 2018) per eventuale scelta di intervento terapeutico più funzionale.

Nel determinare il significato clinico della compromissione funzionale risultante dalla presenza dei sintomi dell'ADHD in età evolutiva è fondamentale il punto di vista del bambino e dell'adolescente coinvolto nel processo diagnostico (NICE; 2018).

1.3.1 La comorbilità

Individuare la presenza di disturbi associati all'ADHD risulta indispensabile, perché le comorbilità influenzano non solo il quadro clinico, ma anche la prognosi e il tipo di intervento da attuare.

In età scolare si rileva la copresenza di DSA, Disturbi Specifici di Apprendimento nel 42% dei casi con incidenza sulle *performance* scolastiche e sulle successive scelte di formazione, e circa il 50% con i disturbi comportamentali, nello specifico il disturbo oppositivo-provocatorio. Il NCS-R (The *National Comorbidity Survey Replication*) rileva una prevalenza complessiva del 38,3% per i disturbi dell'umore, del 47,1% per i disturbi d'ansia, del 15,2% per i disturbi da uso di sostanze e del 19,6% per il disturbo esplosivo intermittente. Vi è inoltre una significativa associazione con i disturbi di personalità, particolarmente con il disturbo

antisociale e il disturbo di personalità borderline. La prevalenza del disturbo di personalità borderline in gruppi di ADHD adulti è stata stimata tra il 20,3 ed il 37% (Andrulonis e Vogel, 1984; Biederman et al, 1991).

Il **protocollo di valutazione** per essere sufficientemente informativo e individuare le caratteristiche del Disturbo e le sue comorbidità, ai fini di implementare una corretta presa in carico, dovrebbe prevedere i seguenti:

a) colloquio ed intervista diagnostica semi-strutturata (es: K-SADS-PL DSM5) per la valutazione dei sintomi ADHD che delle comorbidità da svolgere con il paziente e con i genitori;
b) scala di valutazione dei sintomi di ADHD (ADHD RS- DSM5) e dei sintomi di disturbo dirompente del comportamento rating scale;
c) questionario per i genitori e per gli insegnanti (Conners 3 e/o CBCL);
d) valutazione delle abilità cognitive e del livello adattivo (es: Scale Weschler; ABAS-II,);
e) valutazione delle abilità di lettura, scrittura e calcolo;
f) scale di autovalutazione per ansia e depressione e sintomi ADHD;
g) valutazione del funzionamento esecutivo sia con test neuropsicologici che con questionari che valutino il funzionamento esecutivo nei contesti ecologici.

1.4 La gestione clinica dell'ADHD in età evolutiva: dalla diagnosi alle indicazioni terapeutiche

Attualmente, in Italia, in assenza di linee guida nazionali sul Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, l'Istituto Superiore di Sanità indica di fare riferimento alle Linee Guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[1]. Quest'ultime definiscono i punti chiave dell'identificazione e del trattamento dell'ADHD, della gestione, del supporto alle famiglie e dei farmaci appropriati.

Tutte prevedono interventi multimodali attraverso l'integrazione di interventi di tipo farmacologico e psico-educativo nei diversi contesti; l'obiettivo di ogni intervento è quello di ridurre la sintomatologia disfunzionale dell'ADHD, di migliorare il funzionamento globale del paziente favorendo la qualità della vita del paziente e della sua famiglia.

La fase successiva alla diagnosi, in cui si condivide con il paziente e la sua famiglia i contenuti della valutazione clinica effettuata risulta essere il primo passo per una corretta presa in carico del paziente con ADHD e della sua famiglia: una maggiore consapevolezza sui meccanismi del Disturbo avrà come effetto una migliore comprensione dei sintomi e la capacità di identificare e fare affidamento sui punti di forza individuali.

Una corretta informazione dovrebbe essere completata dalle indicazioni in merito ai diritti e alle risorse attivabili in conseguenza alla diagnosi effettuata: in base alla gravità della sintomatologia espressa ed all'impatto funzionale sulle abilità adattive nei contesti sociali, corrisponderà un livello di gravità che permetterà di accedere a specifiche agevolazioni e supporti, riconosciuti per legge a tutela del paziente.

1.4.1 Pianificazione del trattamento

La cornice di riferimento è basata su un **approccio centrato sulla famiglia**, ossia che preveda il coinvolgimento del minore con tutto il nucleo familiare nei processi decisionali relativi alla cura. La pianificazione dei trattamenti non può, quindi prescindere, da un'adesione consapevole del nucleo famigliare, in modo che l'assetto motivazionale del bambino/adolescente e dei genitori sia il più possibile cooperativo durante il percorso di cura.

La continuità di trattamento dall'età evolutiva all'età adulta, la valutazione di quanto l'*impairment* funzionale del Disturbo, e delle sue eventuali comorbidità, impatti sul paziente nei suoi contesti di vita e ne limiti lo sviluppo psicologico e cognitivo, la valutazione dei fattori di protezione e la resilienza del paziente ed infine la condivisione di obiettivi sono gli elementi cardine della presa in carico (NICE, 2018).

Prima di iniziare un trattamento per l'ADHD, è necessario discutere i seguenti punti con l'utente, la famiglia o con chi li assiste, incoraggiando i bambini e gli adolescenti a fare le proprie considerazioni rispetto a come si sentono:

[1] Sistema Nazionale Linee Guida ISS – Area Psichiatrica (https://www.iss.it/-/lg-int-areapsichiatrica)

- benefici e rischi dei trattamenti non farmacologici e di quelli farmacologici (es. l'efficacia dei trattamenti farmacologici confrontati con l'assenza di terapia o con gli interventi non farmacologici, i potenziali eventi avversi e i tassi di non risposta);
- come la presenza di altri disturbi mentali o del neurosviluppo potrebbero influire sulle scelte terapeutiche;
- l'importanza dell'aderenza al trattamento e di alcuni fattori che potrebbero influire su di essa (es. potrebbe essere difficile prendere la terapia a scuola o ricordare gli appuntamenti).

L'ADHD è un disturbo che riguarda tutto l'arco di vita, anche se con espressioni differenti nelle diverse fasce d'età. La transizione verso i servizi per gli adulti è una componente importante del modello di cura cronica dell'ADHD. Pianificare la transizione verso i servizi per gli adulti è un processo in corso che può culminare dopo le scuole superiori. Per favorire una transizione graduale, è preferibile iniziare a introdurre componenti del trattamento per gli adulti a circa 16 anni di età.

1.4.2 Supporto: scuola e famiglia

Il supporto deve riguardare i contesti di vita del paziente tra cui:

- **Famiglia**. Questa necessita di una riflessione sul proprio ruolo e sulle proprie capacità di riorganizzazione per andare incontro agli specifici bisogni di cura che hanno i bambini e gli adolescenti con ADHD; risulta necessario garantire alle famiglie un percorso di *parent training*/psicoeducativo che rinforzi una relazione calda e supportiva tra genitore e figlio; fornisca regole chiare e appropriate sul comportamento e una gestione coerente delle stesse; istruisca sulla necessità di strutturazione delle attività giornaliere. E' altresì necessario valutare e monitorare con più attenzione i bisogni di un genitore che abbia un figlio con ADHD, in quanto sia il genitore che il figlio potrebbero avere bisogno un supporto aggiuntivo per migliorare le capacità organizzative (es. aderenza al trattamento, routine scolastiche ed extrascolastiche);
- **Scuola**. Rappresenta il luogo dove i bambini e gli adolescenti passano gran parte della loro vita e dove si sperimentano nell'acquisizione di nuove abilità e competenze sia a livello didattico sia a livello interpersonale e relazionale, costruendo l'immagine di sé e il senso di efficacia e competenza. Gran parte della vita di questi bambini dipenderà da come sono stati valorizzati i loro punti di forza e da come sono stati forniti dei supporti per le loro aree di fragilità cognitiva, comportamentale ed emotiva. Il ruolo dei docenti diventa dunque fondamentale nella costruzione di percorsi educativo-didattici che rispettino e valorizzino il funzionamento di questi alunni alla luce delle difficoltà specifiche date dal Disturbo. Necessario capire con i docenti come i sintomi di ADHD possano influire sull'andamento scolastico, non solo dal punto di vista del rendimento, ma anche della socializzazione e del benessere del bambino/adolescente, considerando le altre condizioni che possono essere in comorbilità con l'ADHD e che necessitano di ulteriori adattamenti (Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Disturbo Oppositivo Provocatorio, ecc.).

1.5 Interventi non farmacologici

La presa in carico del paziente con ADHD prevede un intervento multimodale diretto sul paziente e sui riferimenti/contesti di vita, quali famiglia e scuola.

1.5.1 Parent training

Il *Parent Training* prevede degli incontri individuali o in gruppo, a seconda delle opportunità e delle necessità delle persone coinvolte. Prevede in media tra 8-12 incontri a frequenza settimanale o quindicinali della durata di 90 minuti, in cui i genitori avranno l'opportunità di modificare la propria visione del figlio e di se stessi all'interno della relazione genitoriale, e potranno trasformare circoli viziosi disfunzionali in interazioni funzionali che incrementeranno i punti di forza del figlio.

Nel Parent Training si potrà:

- fornire informazioni corrette rispetto alle difficoltà del bambino e ai possibili trattamenti;

- chiarire gli scopi dell'intervento e gli obiettivi da raggiungere;
- individuare le attribuzioni e modalità di interazione disfunzionali, e poi rielaborarle;
- individuare i punti di forza del bambino/adolescente, così da aumentare la frequenza dei comportamenti desiderabili attraverso tecniche di rinforzo;
- contestualizzare i comportamenti problematici, così da riconoscere l'importanza degli antecedenti e delle conseguenze;
- illustrare le modalità in cui poter creare un ambiente prevedibile, con regole chiare e condivise, che faciliti la gestione del comportamento del bambino/adolescente;
- insegnare tecniche per la gestione dei comportamenti problematici e strategie di *problem solving*.

I clinici potrebbero considerare l'attivazione di programmi individuali di *parent training* o *stage* educativi per genitori di bambini con ADHD quando vi siano situazioni che possano ridurre l'aderenza alla terapia (disomogeneità tra i quadri clinici dei figli in base alle diverse comorbidità; difficoltà logistiche nel frequentare le sessioni di gruppo, malattia dei genitori) o situazioni in cui i bisogni della famiglia sono troppo complessi per essere affrontati in programmi di *parent training* di gruppo (NICE, 2018).

1.5.2 Teacher Training

Il coinvolgimento degli insegnanti fa parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento del bambino con ADHD. La scuola è solitamente l'ambiente in cui maggiormente si manifestano i comportamenti disfunzionali dell'ADHD, in quanto l'iperattività, l'impulsività e la disattenzione compromettono la capacità del bambino di rispettare le regole della classe e di raggiungere risultati scolastici apprezzabili e coerenti con le proprie potenzialità intellettive.

Il *Teacher Training* è un intervento che deve essere svolto in concomitanza con il *Parent Training*. Il Teacher Training mira a formare gli insegnanti per favorire l'autoregolazione, l'autocontrollo e l'autoconsapevolezza dei propri comportamenti nel bambino/adolescente con ADHD all'interno dell'ambiente scolastico attraverso:

- consapevolezza delle difficoltà incontrate dal bambino/adolescente con ADHD e delle situazioni che si possono collegare ai comportamenti problematici;
- definizione di regole e routine scolastiche, compresa l'organizzazione del materiale;
- messa in atto di specifiche tecniche di modificazione del comportamento all'interno della classe;
- strutturazione delle lezioni e dell'ambiente che riduca al minimo l'emergere dei comportamenti-problema;
- miglioramento della comunicazione insegnanti-genitori e della relazione insegnante-bambino, messe a dura prova dalle difficoltà di gestione del comportamento.

Il *Teacher Training* è importante per ottenere un miglioramento del comportamento a scuola e dell'apprendimento del bambino/adolescente con ADHD. Si possono prevedere 3-4 incontri nel corso dell'anno scolastico, pianificati in base all'esigenze del caso individuale, oppure possono essere organizzati corsi di formazione su richiesta.

1.5.3 Intervento con bambino/adolescente

L'intervento autoregolativo con il bambino andrebbe programmato intorno agli 8/9 anni, prevedendo prima un trattamento delle problematiche comportamentali ed un lavoro sulla gestione delle emozioni.

Il trattamento diretto con il bambino/adolescente si attua attraverso un **training diretto**:

- all'insegnamento di tecniche di auto-controllo, di gestione della rabbia, di risoluzione dei problemi;
- al miglioramento dei comportamenti impulsivi e inadeguati;
- al miglioramento delle relazioni interpersonali con genitori, insegnanti, fratelli e coetanei;
- al miglioramento delle capacità di apprendimento;
- all'aumento dell'autonomia e dell'autostima.

Studi di letteratura sottolineano come attività individuali, di tipo educativo e comportamentale, per esempio riguardo alla pianificazione del tempo, si siano rivelate efficaci durante l'infanzia, fino all'età di 15 anni (Evans et al, 2018).

Interventi specifici sulle ***Social Skills*** come il ***Coping Power Program*** (J. Lochman) supportano i genitori ed i ragazzi con ADHD e comportamenti dirompenti, nella gestione dei comportamenti disfunzionali e nell'autoregolazione emotiva, migliorando il problem solving sociale, la comunicazione, il riconoscimento e la gestione delle emozioni attraverso tecniche di *coaching*, *role play*, strategie di *modeling* e *token economy*.
Negli ultimi anni sono state introdotte pratiche di meditazione *mindfulness* nel trattamento dei bambini con ADHD. La meditazione facilita la riduzione di comportamenti aggressivi, aumenta le capacità di riconoscimento delle emozioni, favorendo una funzionale attivazione emotiva, al fine di ridurre la vulnerabilità verso sintomi psichiatrici. Training basati sulla *mindfulness* della durata di circa 8 settimane, proposti ad adulti (Zylowska e colleghi, 2008), bambini (Van der Oord e colleghi, 2012), adolescenti, estesi anche alla famiglia (Van de Weijer-Bergsma e colleghi 2012; Haydicky et al 2015) convergono verso una comune riduzione della sintomatologia disattentiva ed un miglioramento nel controllo degli impulsi, in favore della qualità delle relazioni.
In uno studio condotto su studenti tra i 9 e i 14 anni in un *training* di Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR), per la durata di 8 settimane con esercizi adattati all'età del campione (Van der Oord, Bögels, and Peijnenburg 2012), tutti i bambini, compresi i bambini con ADHD mostrano un miglioramento nelle capacità attentive misurate con test specifici pre e post trattamento. In particolare, gli effetti maggiori si registrano sulla disattenzione, iperattività o impulsività e abilità correlate come la velocità di precisione ed il tempo di reazione. Altri risultati secondari sono correlati all'ansia, alla timidezza, ai problemi sociali ed al perfezionismo oltre che intervenire sulla disregolazione emotiva e su eventuali sintomi depressivi (Barranco-Ruiz et al, 2019).
Negli adolescenti e nei giovani adulti con ADHD, data l'alta comorbidità con quadri psichiatrici come il Disturbo Borderline di Personalità, il disturbo Bipolare, e data la presenza di sintomi comuni (impulsività, disregolazione emotiva, abuso di sostanze, bassa autostima, e difficoltà nelle relazioni interpersonali), parte della letteratura scientifica propone il trattamento di skills training tratto dalla Terapia Dialettico Comportamentale (DBT), adattato alla sintomatologia specifica di ADHD.
Questo trattamento ha portato ad un miglioramento nelle funzioni esecutive, ma non un generale miglioramento della sintomatologia dell'ADHD.
Sulla base dei modelli di intervento basati sul potenziamento delle funzioni esecutive, interventi come lo *Study Skills Training* mirano al rafforzamento di quelle competenze che risultano carenti a causa dell'ADHD, ed è indicato per gli studenti che hanno difficoltà a strutturare, pianificare ed organizzare le attività di studio. Il *training* può essere svolto in sessioni individuali o di gruppo, ed è composto da 8 incontri nei quali verranno affrontate le aree problematiche e insegnate le tecniche e le strategie utili al proseguimento del percorso educativo e/o professionale, ma non lavora sugli aspetti ansioso depressivi spesso legati alla disregolazione emotiva insita nel Disturbo.
In sintesi, tralasciando le differenze di strutturazione dei protocolli specifici, tendenzialmente tutti gli interventi sull'ADHD propongono una prima parte psicoeducativa sui sintomi del Disturbo, ristrutturazione cognitiva da CBT standard e interventi di *coaching* psicoeducativo sulla pianificazione e l'organizzazione dei compiti di vita quotidiana, sino ad arrivare a programmi di *skills training*.
Se pensiamo a un continuum dall'infanzia all'età adulta, i trattamenti per il disturbo ADHD possono essere proposti prima a chi si prende cura, o ha in carico, i bambini, con interventi di parent training e scolastici, successivamente a bambini/ragazzi; durante l'adolescenza, i trattamenti si riducono a favore di percorsi più individuali, per diventare esclusivamente individuali, o di gruppi di skills training nella prima età adulta e in età adulta.

1.5.4 Presa in carico dei bambini in età prescolare

La presa in carico dei bambini in età prescolare prevede generalmente due tipologie di intervento, entrambe focalizzate sui contesti di vita del bambino: il parent e teacher training e gli interventi psicoeducativi in classe. Sono realizzate, tuttavia, alcune esperienze anche con bambini in fascia di età prescolare e scolare.

Nella Fascia d'età 4-6 anni dovrebbero essere prescritti interventi di Parent Training comportamentale di gruppo focalizzati sull'ADHD, basati sull'evidenza e/o interventi psicoeducativi in classe come prima linea di trattamento (CPG AAP, 2019: Grado A, raccomandazione forte).
I *Parent Training* comportamentali (PTBM) hanno l'obiettivo di favorire la regolazione cognitivo-attentiva ed emotivo-comportamentale dei bambini in modo che migliori l'autoregolazione e la qualità delle interazioni con gli altri bambini (Faraone et al. 2021).

1.5.5 Presa in carico dei bambini in età scolare

La presa in carico dei bambini in età scolare con ADHD rappresenta una sfida in termini di organizzazione dei servizi, in quanto la popolazione infantile tra i 6 e gli 11 anni, è quella più numerosa nei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Questa fascia di età necessita di un importante lavoro di raccordo con la scuola e la famiglia, in una fase delicata come la scolarizzazione in cui spesso emergono o vengono riconosciuti i primi sintomi del Disturbo. Nei bambini in età scolare, a seconda della gravità sintomatologica e della complessità del caso, dovrebbero essere attivati sia trattamenti di tipo psicoeducativi/comportamentali e farmacologici. I trattamenti psicoeducativi consigliati sono il *parent training* e gli interventi psicoeducativi in classe (CPG AAP, 2019).
Gli interventi educativi e i supporti didattici personalizzati, incluse le eventuali modificazioni delle strategie di insegnamento e di gestione comportamentale, sono una parte necessaria di qualsiasi piano di trattamento e spesso includono un programma di educazione personalizzata o individualizzata (PDP o PEI) o un piano di abilitazione/riabilitazione (CPG AAP 2019: Grado A, raccomandazione forte; LG NICE, 2018).
I *training* comportamentali dei genitori e della classe sono trattamenti sufficientemente validati in età scolare. A tali training si affiancano anche le terapie effettuate direttamente con i bambini, quali interventi di *Child Training* per ADHD. Il training proposto è di matrice cognitivo-comportamentale (autoregolazione) e, in considerazione delle peculiari caratteristiche di funzionamento e della fascia scolare, si focalizza maggiormente sulle funzioni esecutive (6-7 anni) o sulle dimensioni metacognitive e relazionali (dagli 8 anni).
Nelle situazioni di maggiore gravità, nei pazienti che hanno beneficiato della terapia farmacologica ma che continuano a presentare impairment significativo in almeno un dominio, è indicato un intervento cognitivo-comportamentale focalizzato sulle abilità sociali con i pari, sul *problem solving*, sull'autocontrollo, sulle abilità di ascolto attivo, sul riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni.

1.5.6 Presa in carico degli adolescenti (12-18 anni)

La presa in carico degli adolescenti con ADHD necessita di specifiche competenze relative alla gestione delle problematiche adolescenziali che sono amplificate da questo Disturbo.
Tali difficoltà possono produrre un marcato senso di frustrazione e favorire traiettorie evolutive caratterizzate da disturbi d'ansia, dell'umore, tentativi di suicidio, uso di sostanze o da comportamenti antisociali. La complessità clinica viene ulteriormente amplificata dal frequente rifiuto di farsi seguire e dall'accettare un percorso diagnostico. In questi ragazzi, la terapia farmacologica e quella cognitivo-comportamentale possono avere risultati efficaci una volta ottenuto il consenso e adesione dell'adolescente e dei familiari.
Permane la necessità di monitorare attentamente le famiglie e il contesto scolastico che possono rappresentare dei fattori rilevanti di amplificazione o mantenimento della sintomatologia comportamentale secondaria all'ADHD. Tuttavia, come molti autori sottolineano (Chan, 2016) la prospettiva di parent training e teacher training nell'età adolescenziale risulta meno efficace: i ragazzi tendono ad essere più indipendenti, il contesto scolastico cambia, e di conseguenza i docenti, e forse la famiglia in tutto ciò ha meno peso da un punto di vista di regolazione comportamentale.
La mancanza di consapevolezza relativa agli effetti che l'ADHD produce sul proprio comportamento favorisce un abbassamento dell'autostima, che può determinare l'abbandono degli studi. Il ***coaching*** per l'ADHD è un intervento personalizzato che mira a facilitare la riuscita scolastica/universitaria, e che permette:

- aumento dell'autostima;
- acquisizione del metodo di studio più funzionale;

- miglioramento delle abilità sociali e di comunicazione;
- aumento della motivazione;
- diminuzione delle assenze e maggiore partecipazione alle attività scolastiche/universitarie;
- maggiore senso di efficacia e competenza;
- maggiore autonomia e senso di responsabilità.

Si ritiene utile l'attivazione di programmi di gestione psicoeducativa idonei alle esigenze proprie della fase di sviluppo per genitori di adolescenti con ADHD, in modo da includere nelle stesse sessioni genitori e adolescenti per migliorare la comunicazione e la risoluzione congiunta dei problemi che affronta quotidianamente la famiglia. Alcuni di questi *training* includono anche moduli sulla motivazione. L'efficacia non è ancora chiara rispetto ai parent training per l'età prescolare e scolare (CPG AAP, 2019), in quanto, le risposte alle contingenze comportamentali hanno una maggiore variabilità e sono meno prevedibili rispetto a quelle dei bambini più piccoli e possono esacerbare i conflitti intra-familiari.

Parte II - La presa in carico in età adulta

2.1 La fase di transizione ai servizi dell'età adulta

Il percorso per gli adolescenti con ADHD è caratterizzato da cambiamenti, tipici di questa fase, i quali possono assumere configurazioni ancora più problematiche rispetto alla popolazione generale. L'adolescenza, fase critica nella vita di ogni individuo, si caratterizza da una discontinuità dei contesti (come passaggi scolastici e uscita dalla scuola, transizione dai servizi di Salute mentale per minori a quelli per adulti) e spesso si presentano in comorbilità altri disturbi quali ansia, depressione, disturbi del comportamento e abuso di sostanze; per tale motivo sono necessari percorsi condivisi tra i servizi coinvolti nella cura dell'utente (NPIA, CSM, Disabilità Adulti e Ser.D)

2.2 La gestione clinica dell'ADHD in età adulta: dalla diagnosi alle indicazioni terapeutiche

Il percorso di valutazione diagnostica al paziente con sospetto Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività persistente in età adulta deve includere:

- anamnesi;
- ricostruzione delle fasi evolutive (sintomatologia in età infantile prima dei 12 anni);
- sintomatologia attuale in base ai criteri del DSM 5 TR;
- compromissione del funzionamento ed impatto sulla qualità di vita in almeno due domini;
- esclusione di altre patologie che possano giustificare il quadro clinico;
- valutazione delle comorbilità.

È importante anche valutare l'opportunità di procedere ad accertamenti diagnostici al fine di escludere eventuali disturbi disattentivi ed iperattivi/impulsivi secondari ad altri processi patologici (es. RMN, EEG).

L'adulto con ADHD, se pur con un profilo diverso, presenta compromissioni funzionali di singole abilità quali la *working memory*, l'attenzione sostenuta, la gestione degli stimoli gratificanti, l'inibizione degli stimoli irrilevanti, la gestione del tempo e variabilità di performance.

Pertanto, può essere utile procedere ad una valutazione neuropsicologica per meglio intercettare problemi di funzionamento con la possibilità di intervento riabilitativo specifico.

Esistono diversi strumenti di screening e diagnostici comunemente usati per la diagnosi di ADHD in età adulta che forniscono un supporto aggiuntivo e di integrazione alla valutazione clinica.

Oltre alla DIVA 5 (Diagnostic Interview for Adult versione 5) intervista clinica strutturata per la diagnosi clinica di ADHD in età adulta in base ai criteri del DSM 5 e principalmente utilizzata, riportiamo di seguito solo alcune delle principali scale di valutazione:

- ADHD Child Evaluation Plus (ACE +), intervista clinica semistrutturata per la diagnosi di ADHD in età adulta basata sui criteri del DSM 5;
- Wender Utah Rating Scale (WURS), strumento di screening autosomministrato su sintomatologia dell'infanzia;

- Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV), strumento che valuta la presenza di sintomi ADHD sia nell'infanzia che in età adulta unitamente alla compromissione di alcune aree del funzionamento.

Inoltre, può rivelarsi utile l'utilizzo di altri strumenti testologici che possano indagare sulle diverse comorbilità.
Nel passaggio all'età adulta l'ADHD si accompagna ad alti tassi di comorbilità e multimorbilità che ne complicano il riconoscimento, la diagnosi e i trattamenti. In molti casi, infatti, l'ADHD si presenta "mascherata" da altre entità cliniche, creando quella che è stata definita una "clinica delle comorbilità".
Alcuni studi stimano che i disturbi psichiatrici in comorbilità (soprattutto disturbi dell'umore, depressivi e dell'ansia) sono presenti nel 81,1% degli adulti con ADHD. La sovrapposizione sintomatologica tra ADHD e altri disturbi psichici può portare ad errori di attribuzione dei sintomi. Alcuni soggetti adulti cercano valutazione e intervento terapeutico non solo per sintomi correlati all'ADHD, ma anche per altre manifestazioni cliniche che hanno influenzato negativamente la loro qualità di vita.
La corretta attribuzione dei sintomi all'ADHD o alle comorbilità rappresenta una sfida per i clinici del territorio e degli ambulatori specifici per la ADHD. Inoltre, l'emergere di una comorbilità può influenzare il quadro clinico dell'ADHD, rendendolo più grave. Alcuni quadri psicopatologici a insorgenza tardiva possono anche rendere manifesto un ADHD sottosoglia. Il rapporto tra ADHD e comorbilità è biunivoco, con l'ADHD che influisce sullo sviluppo di altre condizioni cliniche e viceversa. Gli studi indicano che l'associazione tra ADHD e altre comorbilità è associata a un peggioramento del quadro clinico e della prognosi.
Negli adulti non trattati sono presenti alterazioni del ritmo sonno-veglia e della circadianità, scarso rendimento scolastico e lavorativo, comportamenti antisociali e problemi con la giustizia, aumentato rischio di incidenti stradali. Si evidenzia inoltre una maggiore incidenza di ideazione suicidaria rispetto alla popolazione generale. Pertanto, una diagnosi tempestiva e il conseguente trattamento sono di fondamentale importanza.
Giova ribadire come l'ADHD è gravato da elevata comorbidità *life-time* con altri disturbi psichiatrici (75% dei casi). I disturbi più frequentemente associati sono i seguenti:

- Disturbi Depressivi (25-66%);
- Disturbo Bipolari (10%);
- Disturbi d'Ansia (25-63%);
- Disturbi da Uso di Sostanze (25-55%);
- Disturbi di Personalità (6-25%);
- Disturbi del Comportamento Alimentare (9%);
- Disturbo da Tic (11%).

Le comorbidità associate (es. disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze stupefacenti, disturbi di personalità, etc.), se clinicamente prioritarie rispetto alla sintomatologia ADHD, queste devono essere prioritariamente trattate e stabilizzate; solo successivamente andrà valutata l'introduzione di una terapia ADHD specifica con percorsi condivisi tra i diversi servizi territoriali.
In particolare, nel Disturbo da Uso di Sostanze, in caso di pervasività delle condotte di abuso, l'utente va inviato ai servizi preposti al trattamento delle dipendenze e solo successivamente potrà essere valutato per stabilire la persistenza della sintomatologia ADHD ed eventuale trattamento.

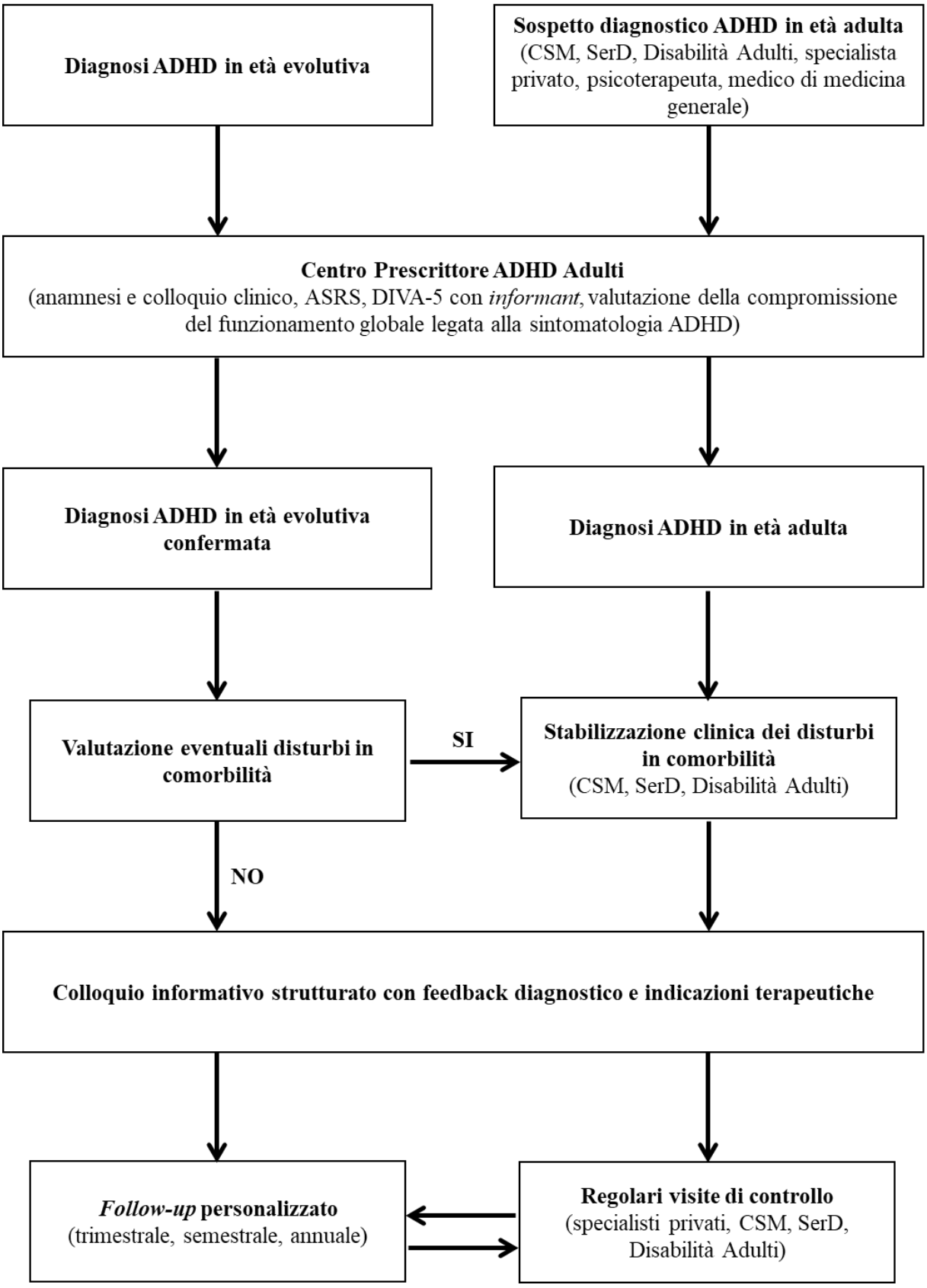
2.3 Linee Guida ADHD

In Italia non esistono indicazioni specifiche sull'organizzazione dei servizi o linee guida per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD negli adulti. In assenza di linee guida nazionali riguardanti il trattamento degli adulti con diagnosi di ADHD persistente, il riferimento pratico-clinico *evidence-based* di migliore qualità a livello europeo è rappresentato dalle linee guida NICE pubblicate in forma aggiornata nel marzo 2018 e con ultimo aggiornamento sulla sicurezza cardio-vascolare nel settembre 2019[2].

[2] Linee Guida NICE (https://www.nice.org.uk/guidance/ng87)

In **Figura 2** è descritto il percorso per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD in età adulta.

PERCORSO DIAGNOSTICO ADHD NELL'ADULTO



2.4 Interventi non farmacologici

Nelle forme di lieve gravità è possibile non procedere, in prima linea, con la terapia farmacologica ma vi è indicazione a trattamenti di tipo psicologico.

Le terapie non farmacologiche forniscono strumenti di consapevolezza e riconoscimento degli aspetti sintomatologici e forniscono strategie per la gestione degli stessi, oltre che per migliorare il funzionamento globale e la qualità della vita. Possono coinvolgere anche i familiari (psicoeducazione).

Inoltre, le terapie psicologiche sono indicate se l'utente rifiuta la terapia farmacologica, se vi sono controindicazioni o se i farmaci non vengono tollerati e, non da ultimo, in maniera integrata per il trattamento dei sintomi residui nonostante la terapia farmacologica.

Le comorbidità associate (es. disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze stupefacenti, disturbi di personalità, etc.), se clinicamente prioritarie rispetto alla sintomatologia ADHD, devono essere trattate e stabilizzate e solo successivamente andrà valutata l'introduzione di una terapia ADHD specifica.

Nelle forme da moderata a severa gravità il trattamento è multimodale e prevede sia il trattamento farmacologico sia i trattamenti non farmacologici sopradescritti.

La gran parte dei soggetti adulti con sintomi di ADHD persistenti in età adulta mostrano particolari difficoltà nella gestione efficace e organizzata delle attività giornaliere, nel rispetto delle scadenze lavorative, nella gestione delle relazioni interpersonali significative e nella gestione del "sovraccarico d'informazione".

In quest'ottica, il tradizionale "*coaching*" adottato nei pazienti ADHD adulti mira a raggiungere miglioramenti su una serie di dimensioni di funzionamento caratteristiche della terapia cognitivo comportamentale come: funzionamento psicologico e autostima, funzionamento familiare-relazionale e interpersonale extra-familiare, funzionamento professionale e utilizzo di strategie di compenso dei deficit cognitivi specifici (Safren, 2006; Safren, Otto, Sprich et al., 2005).

Nella realtà dei fatti si osserva una discreta scarsità di studi controllati che forniscano evidenze sull'efficacia di trattamenti non farmacologici specifici per l'ADHD in età adulta (Hodgson, Hutchinson, Denson, 2012; Young, Myanthi Amarasinghe, 2010), anche se Solanto e collaboratori hanno dimostrato in uno studio randomizzato controllato l'efficacia di un programma di training meta-cognitivo in 12 sessioni su pazienti ADHD adulti (Solanto, Marks, Wasserstein et al., 2010).

Questo ha aperto la strada all'applicazione di alcune tecniche terapeutiche più sofisticate in alcuni pazienti ADHD adulti. Per una disamina particolareggiata sulle tecniche non farmacologiche e psicoterapiche più complesse che sono attualmente oggetto di studio negli ADHD adulti si rimanda a lavori di revisione dedicati (Philipsen, 2012). Tuttavia, per le caratteristiche della gran parte dei pazienti i due trattamenti non farmacologici che restano maggiormente applicabili rimangono il coaching e la psicoeducazione. Il *coaching* è concepito per essere un aiuto nell'affrontare aspetti di gestione del tempo e dei compiti quali: dare la corretta priorità alle singole azioni nella pianificazione giornaliera, aumentare l'efficacia nel portare a termine compiti suddividendoli in singole fasi di inferiore complessità, gestione e capitalizzazione della gratificazione, mantenere la motivazione concentrandosi sui risultati a lungo termine. Solitamente viene somministrato con sedute quindicinali, da portare eventualmente fino a cadenza mensile nei pazienti stabilizzati, per una durata totale ideale di uno o due anni (J. J.Sandra Kooij, 2014).

La psicoeducazione è fondamentale nel piano di trattamento di adulti con sintomatologia ADHD persistente. Essa è volta a istruire il paziente e almeno una persona significativa (ad esempio il partner) sulle caratteristiche del Disturbo in termini di sintomatologia, compromissione del funzionamento, basi neurobiologiche e genetiche e gestione del trattamento. Elementi psicoeducativi possono essere forniti dal clinico nel corso delle visite ambulatoriali ma possono anche essere condivisi in maniera strutturata all'interno di gruppi di pazienti e familiari condotti da due co-terapeuti esperti. Spesso anche la sola condivisione ed elaborazione dei vissuti di malattia e la possibilità di attribuire alcuni problemi di funzionamento a un disturbo specifico e curabile producono effetti positivi, migliorando la posizione dell'individuo all'interno del proprio network sociale e relazionale (S. J. J. Kooij, Bejerot, Blackwell et al., 2010). L'efficacia della psicoeducazione in gruppo sulla qualità di vita dei pazienti e la gestione dei sintomi di malattia è stata dimostrata in uno studio randomizzato controllato di comparazione con terapia cognitivo-comportamentale standard (Estrada, Bosch, Nogueira et al., 2013).

I trattamenti non farmacologici sopra descritti hanno caratteristiche che li rendono applicabili nella maggior parte delle strutture che operano sul territorio, così da garantire strumenti adeguati che mettano in evidenza l'impatto della sintomatologia nella vita quotidiana e individuino strategie di adattamento appropriate. Rimane chiaro che nei casi di gravità moderato-severa i trattamenti non farmacologici risultano meno efficacemente applicabili e mostrano risultati significativamente inferiori (Philipsen, Jans, Graf et al., 2015). Solitamente gli adulti con ADHD se non trattati farmacologicamente non riescono ad avere la costanza necessaria a frequentare la terapia regolarmente mettendo in pratica nella quotidianità quanto discusso nelle sedute. Una sintesi schematica dell'applicazione dei trattamenti farmacologici al momento disponibili in base alle prove di efficacia viene presentata di seguito. La sintesi è basata sui lavori citati sopra e sulle linee guida NICE per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD (2018).

2.5 La presa in carico in età adulta

È necessario che venga organizzata una adeguata transizione tra i servizi dell'età evolutiva ed i servizi dell'età adulta. In caso di presa in carico di utenti provenienti dai servizi per età evolutiva verso l'età adulta l'invio sarà a cura del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in rete con il Centro di Salute Mentale (CSM) e Servizio Disabilità adulta di competenza territoriale. I giovani con diagnosi di ADHD in età evolutiva dovranno effettuare una nuova valutazione per stabilire la persistenza della sintomatologia e le eventuali indicazioni terapeutiche (di tipo psicologico, farmacologico o integrato), incluso un *assessment* del funzionamento globale, sociale, accademico/lavorativo e l'eventuale presenza di comorbidità, con successiva presa in carico da parte dei servizi preposti al trattamento.

È, inoltre, fondamentale realizzare protocolli condivisi con i Medici di Medicina Generale che prevedano *training* formativi ad essi rivolti per acquisire le competenze minime al fine di intercettare utenti con sospetto ADHD, ad esempio attraverso test di *screening* autosomministrati come *l'Adult ADHD Self Report Scale* (ASRS), scala adottata anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Gli utenti adulti con sospetto ADHD saranno quindi inviati dai Medici di Medicina Generale presso i servizi territoriali competenti.

Durante la prima visita viene effettuato un colloquio psichiatrico e raccolti i dati anamnestici completi dall'età evolutiva, viene ricostruita la storia medica ed eseguita una valutazione dello stato mentale. Vengono quindi somministrate scale e test di valutazione, ove possibile con la presenza di un *informant*, figura di riferimento che può essere un genitore, il partner etc. Da ultimo viene fornito un feedback diagnostico, con colloquio informativo strutturato finale e se indicata, viene prescritta la terapia farmacologica. È importante, se possibile, che al colloquio informativo finale partecipi anche un familiare o un *partner* al fine di concordare e condividere il percorso di cura e le alternative terapeutiche, discutere le problematiche legate alla sintomatologia ADHD, così come identificare i punti di forza.

Dopo aver acquisito il consenso o su richiesta dell'utente, per migliorare le condizioni ambientali in ambito scolastico o accademico, le informazioni relative alla sintomatologia ADHD (soprattutto in termini di funzionamento) possono essere condivise facendo riferimento alla Direttiva MIUR del 27 dicembre 2012 "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali" emessa il 27 dicembre 2012 ed aggiornata nel Marzo 2013.

Ciascuna Asl deve individuare un Referente Aziendale per l'ADHD in età adulta al fine di garantire la governance del percorso clinico e la collaborazione tra i Servizi.

Parte III- Interventi farmacologici

3.1 Trattamento farmacologico minori ed adulti

Le terapie farmacologiche specifiche per l'ADHD utilizzabili in Italia, (aggiornamento gennaio 2025), sono quelle approvate dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): il metilfenidato nelle sue formulazioni a rilascio immediato (Ritalin) e modificato (Equasym e Medikinet) e l'atomoxetina di cui è cessata la commercializzazione in Italia dal 30 settembre 2023 della specialità medicinale Strattera e pertanto è attualmente inserita dall'AIFA nell'elenco dei farmaci carenti importabili dall'estero. Quindi, in caso di infungibilità, il medico prescrittore compila e rilascia all'assistito il modulo apposito previsto per l'importazione dall'estero da presentare ai poli farmaceutici territoriali della Asl di residenza che provvederanno alla procedura di importazione e successiva erogazione. A livello internazionale e nell'Unione Europea, per gli adulti con ADHD è diffuso il trattamento anche con Lisdexamfetamina (LDX), principio attivo per il quale attualmente non ci sono farmaci autorizzati all'immissione in commercio in Italia.
Secondo le indicazioni riportate dalla letteratura scientifica internazionale e ribadite nell'*International Consensus Statement* della Federazione Mondiale dell'ADHD (Faraone et al., 2021), dall'età scolare, dovrebbero essere prescritti i farmaci per l'ADHD approvati dagli enti regolatori del farmaco (EMA in Europa e AIFA in Italia) (CPG AAP, 2019: Grado A raccomandazione forte), insieme a trattamenti psicoeducativi nei contesti ambientali ed interventi di psicoterapia. La terapia comportamentale e i farmaci approvati hanno dimostrato di ridurre i comportamenti disfunzionali associati all'ADHD e di migliorare il funzionamento adattivo, ma l'intervento farmacologico rimane la prima scelta nelle forme di ADHD moderato-severa.

Per quanto riguarda approfondimenti e chiarimenti circa le indicazioni, la posologia, le controindicazioni, le eventuali interazioni dei farmaci, il monitoraggio dell'efficacia della terapia ed eventuali effetti collaterali, si invitano i medici prescrittori alla consultazione delle relative RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) e delle indicazioni contenute nella scheda metilfenidato del Registro di monitoraggio mediante PT web based. Inoltre, si sottolinea che in data 23 dicembre 2024 l'Agenzia Italiana del Farmaco ha confermato la chiusura del Registro di monitoraggio mediante PT web based dell'atomoxetina. Pertanto, si ricorda ai clinici di procedere alla compilazione della scheda di fine trattamento scegliendo la voce "Chiusura Monitoraggio" presente tra le cause di fine trattamento.

Parte IV- Accesso alla terapia farmacologica per ADHD: Centri Prescrittori Regione Lazio

Nel 2019 la Determinazione AIFA n. 757 08/05/2019 (GU Serie Generale n.113 del 16-05-2019) (art. 1) istituisce il "Registro di monitoraggio AIFA" PT web based per la prescrizione a carico SSN delle specialità medicinali per l'ADHD, metilfenidato e atomoxetina. Gli specialisti abilitati presso i Centri Prescrittori Registri di Monitoraggio AIFA definiti con le Regioni, sono tenuti a compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di *follow-up* secondo le modalità indicate al link www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/registri-farmaci-sottoposti-monitoraggio».
Si evidenzia che l'art. 2 della Determinazione AIFA n. 757 08/05/2019 ha abrogato il Protocollo Diagnostico e Terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione contenuto (All. 1 Art. 5 della Determinazione AIFA n. 876 del 19/04/2007).
Per l'appropriato avvio del trattamento farmacologico, secondo la normativa vigente, le prescrizioni devono essere effettuate in accordo ai criteri di eleggibilità e di appropriatezza prescrittiva riportati nella documentazione consultabile sul portale istituzionale dell'Agenzia: http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/registri-farmaci-sottoposti-monitoraggio e secondo le indicazioni riportate nel RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto).
Con la comunicazione AIFA del 23 dicembre 2024, in considerazione della cessata commercializzazione in Italia della specialità medicinale a base di atomoxetina Strattera, viene chiuso il Registro di monitoraggio PT web based dell'atomoxetina, https://www.aifa.gov.it/-/chiusura-pt-web-based-atomoxetina-1

4.1 Centri Prescrittori

I Centri Prescrittori autorizzati alla compilazione del Registro di Monitoraggio AIFA per il metilfenidato sono definiti all'interno di unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza per i minori e di Psichiatria per gli adulti, individuati dalle Regioni su richiesta dei Direttori Sanitari per garantire la rimborsabilità e un uso appropriato del trattamento farmacologico previsto.

Con la Determinazione n. G00712 del 22 gennaio 2025 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente "Aggiornamento e integrazione dell'elenco dei Centri abilitati alla elaborazione del piano terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci contenenti il principio attivo Metilfenidato" sono state aggiornate le strutture sanitarie (indicate nelle seguenti Tab.3 e Tab. 4), che rappresentano gli attuali (gennaio 2025) Centri Prescrittori della Regione Lazio per l'età evolutiva e per gli adulti, deputate alla compilazione del Registro di monitoraggio AIFA" PT web based per la prescrizione delle specialità medicinali contenenti il principio attivo Metilfenidato. Il Registro atomoxetina è stato attivo fino al 22 dicembre 2024, dal 23 dicembre 2024 i clinici possono procedere alla chiusura del monitoraggio.

Ogni eventuale istanza di aggiornamento della rete dei Centri Prescrittori dei farmaci per l'ADHD può essere presentata alla Regione Lazio attraverso i Direttori Sanitari.

Tab. 3 – Centri Prescrittori Farmaci ADHD Età Evolutiva

CENTRI PRESCRITTORI FARMACI ADHD ETA' EVOLUTIVA		
ASL/AO	**UNITA'**	**INDIRIZZO**
ROMA 1	"La Scarpetta" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Piazza Castellani, 23 - 00153 Roma
	"Tripoli" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Tripoli, 39 - 00199 Roma
	"Dina Galli" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Dina Galli, 8 - 00139 Roma
	"Silveri" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Domenico Silveri, 8 - 00165 Roma
	"S. M. della Pietà" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Piazza di S. M. della Pietà, 5 (Padiglione 5) - 00135 Roma
	"Cassia" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Cassia, 472 - 00189 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (dai 14 anni)	Via Sabrata, 12 - 00198 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (dai 14 anni)	Via Plinio, 31 - 00193 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (dai 14 anni)	Via Francesco de Sanctis, 9 - 00195 Roma
ROMA 2	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via di Pietralata, n. 497 - 00158 Roma
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via degli Eucalipti, n. 14 - 00172 Roma
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via di Torrenova, n. 20 - 00133 Roma
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Monza, n. 2 - 00182 Roma
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Leonardo da Vinci, n. 98 - 00145 Roma
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Ignazio Silone, n. 100, - 00143 Roma
ROMA 3	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via del Poggio di Acilia, 69 - 00126 Roma
ROMA 4	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Carlo Calisse, 49 - 00053 Civitavecchia (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Pescara, 8 – 00055 Ladispoli (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Trento, 18 - 00062 Bracciano (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Piazza Diaz snc - 00067 Morlupo (RM)
ROMA 5	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via degli Esplosivi, 9 - 00034 Colleferro (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Porta San Martino, snc - 00036 Palestrina (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Reatina, angolo Enrico Fermi, snc - 00013 Mentana (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via dei Castagni, 20/22 00012 - Guidonia (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Piazza Massimo, 1 - 00019 Tivoli (RM)
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Largo Giuseppe Mazzini, snc - 00028 Subiaco (RM)
ROMA 6	"Spolverini" - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via delle Cerquette, 2 - 00072 Ariccia (RM)
VITERBO	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Enrico Fermi, 15 – 01100 Viterbo
ASL RIETI	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via del Terminillo, 42 - Blocco 5 – 02100 Rieti
LATINA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Madonna delle Grazie, 20 - 04015 (LT)
FROSINONE	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Viale Giuseppe Mazzini, snc - 03100 Frosinone
	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via degli Eroi, 39 - 03043 Cassino (FR)
POLICLINICO UMBERTO I	Neuropsichiatria Infantile	Via dei Sabelli, 108 - 00185 Roma
POLICLINICO TOR VERGATA	Neuropsichiatria Infantile	Viale Oxford, 81 - 00133 Roma
POLICLINICO A. GEMELLI	Neuropsichiatria Infantile	Largo Agostino Gemelli, 8 - 00136 Roma
OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Via Baldelli, 41 - 00146 Roma
POLICLINICO CAMPUS BIOMEDICO	Servizio di Neuropsichiatria infantile e Disturbi del Neurosviluppo	Via Alvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma

Tab. 4 - CENTRI PRESCRITTORI FARMACI ADHD IN ETA' ADULTA

CENTRI PRESCRITTORI FARMACI ADHD IN ETA' ADULTA		
ASL/AO	**UNITA'**	**INDIRIZZO**
ROMA 1	Polo ADHD adulti	Via Pietro Gasparri, 23 - 00168 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (18-25 anni)	Via Sabrata, 12 - 00198 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (18-25 anni)	Via Plinio, 31 - 00193 Roma
	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale (18-25 anni)	Via Francesco De Sanctis, 9 - 00195 Roma
ROMA 2	Centro di Salute Mentale D4	Via Bardanzellu, 8 - 00157 Roma
	Centro di Salute Mentale D5	Via Casilina, 395 - 00176 - Roma
	Centro di Salute Mentale D5	Via degli Eucalipti, 20 – 00172 Roma
	Centro di Salute Mentale D6	Via di Torre Spaccata, 157 - 00173 Roma
	Centro di Salute Mentale D7	Via Monza, 2 - 00182 Roma
	Centro di Salute Mentale D7	Piazza di Cinecittà, 11 - 00174 Roma
	Centro di Salute Mentale D8	Piazzale Antonio Tosti, 4 - 00147 Roma
	Centro di Salute Mentale D9	Via Orio Vergani, 1 - 00142 Roma
ROMA 3	Prevenzione Interventi Precoci	Via Colautti, 28 - 00152 Roma
ROMA 4	Ospedale San Paolo	Via Largo Donatori di Sangue, 1 - 00053 Civitavecchia (RM)
	Ambulatorio ADHD	Via Adriano I, snc - 00063 Campagnano di Roma (RM)
ROMA 5	Ambulatorio ADHD Ospedale SS. Gonfalone	Via Roberto Faravelli, 27 - 00015 Monterotondo (RM)
	Ambulatorio ADHD Ospedale Parodi Delfino	Piazza Aldo Moro, 1 - 00034 Colleferro (RM)
ROMA 6	Centro Polifunzionale DSM-DP Polo Ospedaliero Genzano E. De Santis	Via Achille Grandi, snc - 00045 Genzano RM
VITERBO	Centro di Salute Mentale	Via Enrico Fermi, 15 - 01100 Viterbo
RIETI	SPDC Presidio Ospedaliero San Camillo de Lellis	Viale J.F. Kennedy, snc - Blocco 5 - 02100 Rieti
LATINA	Centro di Salute Mentale	Viale Le Corbusier Sc.F , 2° Piano n° 36 - 04100 Latina
FROSINONE	Centro di Salute Mentale	Via Armando Fabi snc - 03100 Frosinone
POLICLINICO TOR VERGATA	UOC Psichiatria e Psicologia Clinica	Viale Oxford, 81 - 00133 Roma
POLICLINICO A. GEMELLI	UOC Psichiatria Clinica e d'Urgenza	Largo Agostino Gemelli, 8 - 00136 Roma

4.2 Prescrizione e dispensazione terapia farmacologica per ADHD

I farmaci per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività sono sottoposti a monitoraggio da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco attraverso il Registro multifarmaco per il Metilfenidato. Il Registro atomoxetina è stato attivo fino al 22 dicembre 2024, dal 23 dicembre 2024 i clinici possono procedere alla chiusura del monitoraggio. Di seguito si riportano le tabelle che descrivono il percorso per l'accesso e i punti di dispensazione dei farmaci, metilfenidato e atomoxetina. Nelle tabelle (Tab. 5, Tab. 6, Tab. 7) sono indicate, divise per età, sia le modalità di accesso ai farmaci in regime di rimborsabilità SSN, sia a carico dei cittadini, secondo la normativa vigente in gennaio 2025.

Tab. 5 - METILFENIDATO: Percorso di accesso al farmaco in rimborsabilità SSN-Minori dai 6 anni e Adulti

METILFENIDATO: PERCORSO DI ACCESSO AL FARMACO IN RIMBORSABILITA' SSN - MINORI dai 6 anni					
FARMACO	**SPECIALISTA**	**PIANO TERAPEUTICO**	**PLS/MMG**	**RICETTA**	**FARMACIA**
Ritalin Medikinet Equasym	Medico di Centro Prescrittore	Piano Terapeutico web based AIFA	Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale	Ricetta Ministeriale a Ricalco in triplice copia (DPR 309/90)	Farmacia di Comunità
METILFENIDATO: PERCORSO DI ACCESSO AL FARMACO IN RIMBORSABILITA' SSN - ADULTI					
FARMACO	**SPECIALISTA**	**PIANO TERAPEUTICO**	**MMG**	**RICETTA**	**FARMACIA**
Ritalin (in continuità terapeutica con l'età evolutiva)	Medico di Centro Prescrittore	Piano Terapeutico web based AIFA	Medico di Medicina Generale	Ricetta Ministeriale a Ricalco in triplice copia (DPR 309/90)	Farmacia territoriale della Asl di Residenza (legge 648/96)
Medikinet	Medico di Centro Prescrittore	Piano Terapeutico web based AIFA	Medico di Medicina Generale	Ricetta Ministeriale a Ricalco in triplice copia (DPR 309/90)	Farmacia di Comunità

Tab. 6 - METILFENIDATO: Percorso di Accesso al Farmaco a carico del cittadino

METILFENIDATO: PERCORSO DI ACCESSO AL FARMACO A CARICO DEL CITTADINO					
FARMACO	**SPECIALISTA**	**PIANO TERAPEUTICO**	**SPECIALISTA/PLS/MMG**	**RICETTA**	**FARMACIA**
Medikinet	Medico prescrittore	Piano Terapeutico su carta intestata	Specialista/Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale	Ricetta RMR in duplice copia (DPR 309/90)	Farmacia di Comunità
Ritalin Equasym	Medico prescrittore	Piano Terapeutico su carta intestata	Specialista/Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale	Ricetta RMR, in duplice copia (DPR 309/90), compilata ai sensi legge 94/98, con codice alfa numerico	Farmacia di Comunità

Tutti gli Specialisti/Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta dovranno essere muniti di RMR. Per tutto ciò che attiene ai Centri prescrittori/medici prescrittori, le Direzioni Sanitarie delle strutture possono rivolgersi all'Area Farmaci e Dispositivi della Regione.

Tab. 7 - ATOMOXETINA: Percorso di accesso al farmaco in rimborsabilità SSN

ATOMOXETINA: PERCORSO DI ACCESSO AL FARMACO IN RIMBORSABILITA' SSN					
FARMACO	**SPECIALISTA**	**PIANO TERAPEUTICO**	**SPECIALISTA SSN/PLS/MMG**	**RICETTA**	**FARMACIA**
Atomoxetina	Medico Prescrittore	Piano Terapeutico su carta intestata (in caso di infungibilità)	Specialista del SSN/Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale	Modulo di richiesta per l'autorizzazione all'AIFA all'importazione di medicinali carenti sul territorio nazionale	Farmacia territoriale della Asl di Residenza

Disposizioni finali

Poiché il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività riguarda l'intero arco di vita delle persone, la formazione/informazione l'adattamento dei contesti vita rappresenta la garanzia per dare efficacia a tutti gli interventi. A tal fine, i bisogni della persona con diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività devono essere garantiti e gestiti in modo trasversale e contemporaneo da tutti i Servizi convolti:

- In ciascuna ASL deve essere presente almeno un **Centro Prescrittore** farmaci ADHD in età evolutiva e almeno un **Centro Prescrittore** farmaci ADHD in età adulta.

- Ciascuna ASL deve individuare un **Referente Aziendale** per l'ADHD in età evolutiva e un **Referente Aziendale** per l'ADHD in età adulta al fine di garantire la governance del percorso clinico e collaborazione tra i Servizi, **entro 15 giorni** dalla pubblicazione del presente atto sul BUR.

- Sarà istituito in capo alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria un **Gruppo di lavoro di monitoraggio** sull'attuazione delle linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) **entro 90 giorni** dalla pubblicazione del presente atto sul BUR.

- Sarà predisposta una **pagina dedicata all'ADHD sul sito regionale** dove verranno pubblicate tutte le informazioni utili ai cittadini e aggiornata la normativa vigente riguardante l'accesso ai farmaci e gli elenchi dei Centri prescrittori, **entro 60 giorni** dalla pubblicazione del presente atto sul BUR.

Normativa di riferimento

- D.C.A. 3 febbraio 2011 n. 8 recante "Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»";
- D.C.A. 19/12/2012 N. U00424 Piano del fabbisogno assistenziale per i minori con disturbo psichico per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003);
- Determinazione n. G02853 del 8/3/2018 dell'Area Politiche per l'Inclusione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali concernente *"Assistenza sanitaria e sociosanitaria ai pazienti che soffrono di ADHD"* (costituzione gruppo di lavoro istituito);
- Determinazione n. G03276 del 21/03/2019 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione salute e integrazione sociosanitaria concernente *"Aggiornamento determinazione G01353 del 22.02.2016 "Centri specialistici abilitati alla elaborazione del Piano Terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci Metilfenidato (Ritalin®) e Atomoxetina (Strattera®)";*
- Mozione del Consiglio Regionale del Lazio, n. C228 approvata in data 6/02/2020 "ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – Linee guida aventi ad oggetto uniformi indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi, la presa in carico e il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività da indirizzare a tutte le aziende sanitarie locali della regione Lazio" nella necessità di dare risposta alle associazioni familiari che richiedono una diagnosi ed una presa in carico pubblica che corrisponda a criteri evidence-based;
- Determinazione n. G06939 del 15/06/2020 concernente *"Aggiornamento elenco dei centri specialistici abilitati alla elaborazione del piano terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci Metilfenidato (Ritalin) e Atomoxetina (Strattera);*
- Determinazione n.G09521 del 11/08/2020 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione salute e integrazione sociosanitaria concernente *"Aggiornamento determinazione G06939 del 15.06.2020 "Centri specialistici abilitati alla elaborazione del Piano Terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci Metilfenidato (Ritalin®) e Atomoxetina (Strattera®)";*
- D.G.R. n.765 del 16 novembre 2021 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" (Rep. Atti n.70/CU del 25 luglio 2019);
- la Determinazione n. G14715 del 29 novembre 2021, dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente "*Costituzione gruppo di lavoro per la definizione di procedure uniformi per la presa in carico e la cura dei soggetti affetti da disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)* ai sensi dell'art.35 *(Linee guida regionali per la presa in carico di soggetti affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività) della L.R n.4/2021 ("Disposizioni collegate alla legge di stabilità regionale 2021 e modifiche di leggi regionali")";*
- La D.G.R. n.762 del 29 settembre 2022 avente ad oggetto: *Adozione del Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione";*
- la Determinazione n. G04800 del 20/04/2024, dell'Area Rete Integrata del Territorio della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente "*Aggiornamento Gruppo di lavoro istituito con la Determinazione 29 novembre 2021, n. G14715 per la definizione delle linee di indirizzo per la presa in carico di soggetti affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) e la costruzione di una rete integrata di Servizi per la diagnosi e cura"*;
- la Determinazione n. G17550 del 19.12.2024 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione salute e integrazione sociosanitaria, concernente *"Aggiornamento e integrazione dell'elenco dei Centri abilitati alla elaborazione del piano terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci contenenti i principi attivi Metilfenidato e Atomoxetina".*
- la Determinazione n. G00712 del 22.01.2025 dell'Area Farmaci e Dispositivi della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, concernente *"Aggiornamento e integrazione dell'elenco dei Centri abilitati alla elaborazione del piano terapeutico necessario alla prescrizione dei farmaci contenenti il principio attivo Metilfenidato".*

- ISS - https://www.epicentro.iss.it/deficit-attenzione/registro;
- Raccomandazioni predisposto dal Ministero della P.I. d'intesa con il Ministero della Salute in data 25/11/2005 contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- Determinazioni del 19 aprile del 2007 dell'Agenzia Italiana del Farmaco –AIFA concernenti rispettivamente "Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Ritalin" e "Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Strattera" (l'indicazione terapeutica dei farmaci Metilfenidato (Ritalin®) e Atomoxetina (Strattera®) è il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale); Registro Nazionale ADHD, istituito nel 2007 coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità, in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco per garantire correttezza e appropriatezza terapeutica ed evitare possibili rischi sia di un uso incongruo, sia di un eventuale abuso di farmaci per l'ADHD; Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione redatto dall'Istituto Superiore di Sanità allegato alla Determinazione A.I.C.N. n.876 pubblicata sulla G.U. n.106 del 24.4.2007;
- Circolare prot. n. 0001968 del 01/04/2009 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per l'Istruzione - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 4°, concernente "Bambini affetti da sindrome ADHD - Sindrome da deficit di attenzione/iperattività - Indicazioni organizzative", con la quale si è precisato che "la somministrazione di questionari funzionali alla diagnosi di tale patologia, distribuiti dalle strutture sanitarie pubbliche specializzate , è pienamente legittima ed è parte ineludibile di tale percorso sanitario e, conseguentemente, deve trovare il consenso e la collaborazione da parte degli insegnanti e dei responsabili delle istituzioni scolastiche";
- Circolare prot. n. 6013 del 4/12/2009 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per l'Istruzione - Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 4°, concernente "Problematiche collegate alla presenza nelle classi di alunni affetti da sindrome ADHD (deficit di attenzione / iperattività)", che sottolinea la necessità del coinvolgimento degli insegnanti quale parte integrante ed essenziale di un percorso terapeutico per il trattamento dei casi diagnosticati ADHD. Sono auspicati incontri periodici con gli specialisti e la famiglia per definire il piano scolastico dell'alunno;
- Circolare prot. n. 4089 del 15/06/2010 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6, concernente "Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività", che indica le procedure da attivare in presenza di un alunno con tale Disturbo, come l'attenta analisi della diagnosi ed il rapporto costante con la famiglia e con gli specialisti che lo seguono;
- Circolare prot. n. 7373-17/11/2010 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6, concernente "Sintomatologia della ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria" con la quale si informano le scuole sulle caratteristiche dell'ADHD e consigliano alcune modalità per affrontare le possibili problematiche;
- Circolare prot. n. 1395 del 20/03/2012 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6 concernente "Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/Iperattività)" nella quale si sottolinea l'opportunità che la scuola rediga un Documento Personalizzato per gli alunni ADHD così come già previsto per gli alunni DSA;
- Circolare prot. n. 2213 del 19/04/2012 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione - Ufficio 6 concernente "Piano Didattico Personalizzato per alunni con ADHD (Disturbo da deficit di attenzione/Iperattività). Chiarimenti" nella quale viene precisato che il Piano Didattico Personalizzato è esclusivamente destinato agli alunni e agli studenti con Disturbo Specifico di Apprendimento;
- Decreto Ministeriale del 27/12/2012 concernente "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica;
- Circolare prot. n. 561 del 06/03/2013 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per l'Istruzione Ministeriale n. 8 concernente "Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012

"Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative";

- Nota MIUR prot n. 2563 del 22/11/2013 concernente "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali. A.S. 2013/2014. Chiarimenti.
- D.C.A. n. 287 16 settembre 2014 "Recepimento dell'Accordo 2013 n. 4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza e impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri prevedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e che ha previsto anche, nell'ambito della valutazione della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'esistenza di sistemi di monitoraggio per la contenzione fisica;
- Circolare prot. n. 212522/GR/11/00 dell'8 aprile 2014 (che modifica la circolare prot. n. 18157/D4/00) concernente "*Modalità e criteri per l'accoglienza e la presa in carico dell'alunno con disabilità. Modifica Circolare prot. n. 18157/D4/00 del 13 febbraio 2009*"**;**
- Legge n. 107 del 13 luglio 2015, concernente "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti" e in particolare la riforma dell'articolo 3 del regolamento di cui al DPR 8 marzo 1999, n. 275 che in merito al Piano triennale dell'offerta formativa prevede tra l'altro che "(…) *il fabbisogno dei posti comuni e di sostegno dell'organico dell'autonomia, sulla base del monte orario degli insegnamenti, con riferimento anche alla quota di autonomia dei curricoli e agli spazi di flessibilità, nonché del numero di alunni con disabilità, ferma restando la possibilità di istituire posti di sostegno in deroga nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente* (comma 2 lett. a) … *Ai fini della predisposizione del piano, il dirigente scolastico promuove i necessari rapporti con gli enti locali e con le diverse realtà istituzionali, culturali, sociali ed economiche operanti nel territorio; tiene altresì conto delle proposte e dei pareri formulati dagli organismi e dalle associazioni dei genitori e, per le scuole secondarie di secondo grado, degli studenti»* (comma 5)…;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 50;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" sancito il 13 novembre 2014 (Rep. Atti 138/CU);
- Determine e comunicati dell'Agenzia Italiana del Farmaco pubblicati in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 113 del 16 maggio 2019;
- Conferenza Unificata CU/70 del 25 luglio 2019: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza".
- Linee guida NICE https://www-nice-org-uk
- Agenzia Italiana del Farmaco, 23 dicembre 2024, Chiusura PT Web-based atomoxetina https://www.aifa.gov.it/-/chiusura-pt-web-based-atomoxetina-1

Bibliografia

1. American Psychiatric Association APA (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition." Arlington, VA: American Psychiatric Association.
2. Kooij, J. J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas Brugué, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., … Asherson, P. (2019). "Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD." In *European Psychiatry*.
3. Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., Franke, B. (2015). "Attention-deficit/hyperactivity disorder." In *Nature Reviews Disease Primers*.
4. Faraone, S. V, Biederman, J., Mick, E. (2006). "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies." In *Psychological Medicine*, 36, pp. 159–165.
5. Pingault, J.-B., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Carbonneau, R., Genolini, C., Falissard, B., Cote, S. M. (2011). "Childhood Trajectories of Inattention and Hyperactivity and Prediction of Educational Attainment in Early Adulthood: A 16-Year Longitudinal Population-Based Study." In *American Journal of Psychiatry*.
6. Polderman, T. J. C., Boomsma, D. I., Bartels, M., Verhulst, F. C., Huizink, A. C. (2010). "A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement: Review." In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 122, pp. 271–284).
7. Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. S. G., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., … Wojtyniak, B. (2017). "The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys." In *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*.
8. Faraone, S. V, Biederman, J., Wozniak, J. (2012). "Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: a meta-analysis of family genetic studies." In *The American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 1256–1266.
9. Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Biswas, A., MacLean, M. G., Babinski, D. E., Karch, K. M. (2011). "The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity." In *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, pp. 21–32.
10. Marshal, M. P., Molina, B. S. G., Pelham, W. E. (2003). "Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor." In *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17, pp. 293–302.
11. Oliva F, Carezana C, Nibbio G, Bramante S, Portigliatti Pomeri A, Maina G. (2018). "Treatment of Comorbid Adult Attention-deficit/Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder: 2 Case Reports" in *Journal of Psychiatric Practice*, 24, pp 292-298.
12. Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, Portigliatti Pomeri A, Maina G (2020). "MCMI-III Personality Disorders, Traits, and Profiles in Adult ADHD Outpatients" in *Journal of Attention Disorders*, 24, pp 830-839.
13. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. (2017). "Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach" in *BMC Psychiatry*, 17, 302.
14. Giupponi G, Giordano G, Maniscalco I, Erbuto D, Berardelli I, Conca A, Lester D, Girardi P, Pompili M (2018). "Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder" in *Psychiatria Danubina*, 30, pp 2-10.
15. Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., Rohde, L. A. (2016). "Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues." In *The Lancet Psychiatry*.
16. Kooij, J. J.Sandra. (2014). "Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment." In *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*.
17. NICE (2018). "Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults." London *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.

18. International consensus statement of ADHD 2021 al quale si fa riferimento ogni volta che si cita (Faraone 2021) https://www.adhd-federation.org/publications/international-consensus-statement.html; testo tradotto in italianao https://www.associazioneaifa.it/dichiarazione-di-consensus-internazionale-della-federazione-mondiale-delladhd/.
19. Wittchen et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79).
20. Russell et al.: Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. J Autism Dev Disord. 2014 Jan;44(1):31-40).
21. Bianchini et al.: Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: a population-based study. Res Dev Disabil. 2013 Sep;34(9):2543-50.
22. Donfrancesco et al.: Prevalence of severe ADHD: an epidemiological study in the Italian regions of Tuscany and Latium. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 Dec;24(6):525-33.
23. Gallucci et al.: Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Sep;32(5):1051-8.
24. Mugnaini D, Fabiano GA. The evaluation of impairment in the attention deficit/hyperactivity disorder: the contribution of the impairment rating scale. Minerva Pediatr. 2006 Apr;58(2):159-66).
25. Didoni et al.: One-year prospective follow-up of pharmacological treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Eur J Clin Pharmacol. 2011Oct;67(10):1061-7.
26. Bonati et al.: A Regional ADHD Center-Based Network Project for the Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents With ADHD. J AttenDisord. 2015 Aug 28).
27. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)." Washington, DC: Author.
28. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition." Arlington, VA: American Psychiatric Association (2013).
29. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2022) "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision, DSM-5-TR" Arlington, VA: American Psychiatric Association. Edizione italiana a cura di Giuseppe Nicolò e Enrico Pompili, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023.
30. ARNOLD, L. E., GANOCY, S. J., MOUNT, K., YOUNGSTROM, E. A., FRAZIER, T., FRISTAD, M., HORWITZ, S. M., BIRMAHER, B., FINDLING, R., KOWATCH, R. A., DEMETER, C., AXELSON, D., GILL, M. K., MARSH, L. (2014). "Three-year latent class trajectories of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in a clinical sample not selected for ADHD." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, pp. 745–760. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.03.007.
31. ASHERSON, P., YOUNG, A. H., EICH-HÖCHLI, D., MORAN, P., PORSDAL, V., DEBERDT, W. (2014). "Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults." In *Current Medical Research and Opinion*, 30,8, pp. 1657–1672. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800.
32. BERNFORT, L., NORDFELDT, S., PERSSON, J. (2008). "ADHD from a socio-economic perspective." In *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 97, pp. 239–245). https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00611.x.
33. BIRNBAUM, H. G., KESSLER, R. C., LOWE, S. W., SECNIK, K., GREENBERG, P. E., LEONG, S. A., SWENSEN, A. R. (2005). "Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000." In *Current Medical Research and Opinion*, 21, pp. 195–206. https://doi.org/10.1185/030079904X20303.
34. BONVICINI, C., FARAONE, S. V., SCASSELLATI, C. (2016). "Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies." In *Molecular Psychiatry*. https://doi.org/10.1038/mp.2016.74.
35. BRANDT, L., FISCHER, G. (2017). "Adult ADHD Is Associated With Gambling Severity and Psychiatric Comorbidity Among Treatment-Seeking Problem Gamblers." In *Journal of Attention Disorders*, 23,12, pp. 1383–1395. https://doi.org/10.1177/1087054717690232.
36. BUITELAAR, N. J. L., FERDINAND, R. F. (2016). "ADHD Undetected in Criminal Adults." In *Journal of Attention Disorders*. https://doi.org/10.1177/1087054712466916.

37. CASEY, B. J., JONES, R. M. (2010). "Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorders." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.017.
38. CASTELLANOS, F. X., PROAL, E. (2012). "Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal-striatal model." In *Trends in Cognitive Sciences*. https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.007.
39. CHANG, Z., LICHTENSTEIN, P., D'ONOFRIO, B. M., SJÖLANDER, A., LARSSON, H. (2014). "Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study." In *JAMA Psychiatry*, 71, pp. 319–325. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4174.
40. CHANG, Z., LICHTENSTEIN, P., HALLDNER, L., D'ONOFRIO, B., SERLACHIUS, E., FAZEL, S., LÅNGSTRÖM, N., LARSSON, H. (2014). "Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse." In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55,8, pp. 878–885. https://doi.org/10.1111/jcpp.12164.
41. CHAPPUY, M., BOULANGER, A., NOURREDINE, M., FOURNERET, P., ROLLAND, B. (2020). "Disparate regulatory status of methylphenidate for adults with ADHD across Europe." In *The Lancet Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30482-1.
42. CORTESE, S., ADAMO, N., DEL GIOVANE, C., MOHR-JENSEN, C., HAYES, A. J., CARUCCI, S., ATKINSON, L. Z., TESSARI, L., BANASCHEWSKI, T., COGHILL, D., HOLLIS, C., SIMONOFF, E., ZUDDAS, A., BARBUI, C., PURGATO, M., STEINHAUSEN, H. C., SHOKRANEH, F., XIA, J., CIPRIANI, A. (2018). "Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis." In *The Lancet Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
43. CORTESE, S., IMPERATI, D., ZHOU, J., PROAL, E., KLEIN, R. G., MANNUZZA, S., RAMOS-OLAZAGASTI, M. A., MILHAM, M. P., KELLY, C., CASTELLANOS, F. X. (2013). "White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder." In *Biological Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.02.025.
44. DAKWAR, E., LEVIN, F. R., OLFSON, M., WANG, S., KERRIDGE, B., BLANCO, C. (2014). "First treatment contact for ADHD: predictors of and gender differences in treatment seeking." In *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65,12, pp. 1465–1473. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300298.
45. DALSGAARD, S., MORTENSEN, P. B., FRYDENBERG, M., THOMSEN, P. H. (2014). "ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood — A naturalistic long-term follow-up study." In *Addictive Behaviors*, 39,1, pp. 325–328. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.002.
46. DALSGAARD, S., NIELSEN, H. S., SIMONSEN, M. (2014). "Consequences of ADHD medication use for children's outcomes." In *Journal of Health Economics*. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.05.005.
47. DE CRESCENZO, F., CORTESE, S., ADAMO, N., JANIRI, L. (2017). "Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: A meta-review." In *Evidence-Based Mental Health*. https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415.
48. DE LA FUENTE, A., XIA, S., BRANCH, C., LI, X. (2013). "A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks." In *Frontiers in Human Neuroscience*. https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00192.
49. DE ZEEUW, P., WEUSTEN, J., VAN DIJK, S., VAN BELLE, J., DURSTON, S. (2012). "Deficits in Cognitive Control, Timing and Reward Sensitivity Appear to be Dissociable in ADHD." In *PLoS ONE*, 7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051416.
50. DIAMOND, G., PANICHELLI-MINDEL, S. M., SHERA, D., DENNIS, M., TIMS, F., UNGEMACK, J. (2006). "Psychiatric Syndromes in Adolescents with Marijuana Abuse and Dependency in Outpatient Treatment." In *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15,4, pp. 37–54. https://doi.org/10.1300/J029v15n04_02.
51. DU RIETZ, E., CHEUNG, C. H. M., MCLOUGHLIN, G., BRANDEIS, D., BANASCHEWSKI, T., ASHERSON, P., KUNTSI, J. (2016). "Self-report of ADHD shows limited agreement with objective markers of persistence and remittance." In *Journal of Psychiatric Research*, 82, pp. 91–99. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.020.
52. ESTRADA, R. V., BOSCH, R., NOGUEIRA, M., GÓMEZ-BARROS, N., VALERO, S., PALOMAR, G., CORRALES, M., RICHARTE, V., MENA, B., CASAS, M., RAMOS-QUIROGA, J. A. (2013). "Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized

controlled pilot study." In *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, pp. 894–900. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5.

53. FARAONE, S. V., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BIEDERMAN, J., BUITELAAR, J. K., RAMOS-QUIROGA, J. A., ROHDE, L. A., SONUGA-BARKE, E. J. S., TANNOCK, R., FRANKE, B. (2015). "Attention-deficit/hyperactivity disorder." In *Nature Reviews Disease Primers*. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20.
54. FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., MONUTEAUX, M. C. (2000). "Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder." In *Genetic Epidemiology*. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2272(200001)18:1<1::AID-GEPI1>3.0.CO;2-X.
55. FARAONE, S. V., LARSSON, H. (2019). "Genetics of attention deficit hyperactivity disorder." In *Molecular Psychiatry*. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0.
56. FARAONE, S. V, BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J. (2012). "Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: a meta-analysis of family genetic studies." In *The American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 1256–1266. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010087.
57. FAYYAD, J., SAMPSON, N. A., HWANG, I., ADAMOWSKI, T., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A., ANDRADE, L. H. S. G., BORGES, G., DE GIROLAMO, G., FLORESCU, S., GUREJE, O., HARO, J. M., HU, C., KARAM, E. G., LEE, S., NAVARRO-MATEU, F., O'NEILL, S., PENNELL, B. E., PIAZZA, M., … WOJTYNIAK, B. (2017). "The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys." In *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3.
58. FLORY, K., MOLINA, B. S. G., PELHAM, W. E., GNAGY, E., SMITH, B. (2006). "Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood." In *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35, pp. 571–577. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8.
59. FUERMAIER, A. B. M., FRICKE, J. A., DE VRIES, S. M., TUCHA, L., TUCHA, O. (2019). "Neuropsychological assessment of adults with ADHD: A Delphi consensus study." In *Applied Neuropsychology: Adult*, 26,4, pp. 340–354. https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1429441.
60. GREENE, R. W., BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V, SIENNA, M., GARCIA-JETTON, J. (1997). "Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study." In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 65, Issue 5, pp. 758–767). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.758.
61. HABEL, L. A., COOPER, W. O., SOX, C. M., CHAN, K. A., FIREMAN, B. H., ARBOGAST, P. G., CHEETHAM, T. C., QUINN, V. P., DUBLIN, S., BOUDREAU, D. M., ANDRADE, S. E., PAWLOSKI, P. A., RAEBEL, M. A., SMITH, D. H., ACHACOSO, N., URATSU, C., GO, A. S., SIDNEY, S., NGUYEN-HUYNH, M. N., … SELBY, J. V. (2011). "ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults." In *JAMA - Journal of the American Medical Association*. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1830.
62. HALL, C. L., NEWELL, K., TAYLOR, J., SAYAL, K., HOLLIS, C. (2015). "Services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder transitioning from child to adult mental health services: A national survey of mental health trusts in England." In *Journal of Psychopharmacology*. https://doi.org/10.1177/0269881114550353.
63. HALPERIN, J. M., TRAMPUSH, J. W., MILLER, C. J., MARKS, D. J., NEWCORN, J. H. (2008). "Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: Profiles of persisters, remitters and controls." In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, pp. 958–966. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01926.x.
64. HODGSON, K., HUTCHINSON, A. D., DENSON, L. (2012). "Nonpharmacological Treatments for ADHD: A Meta-Analytic Review." In *Journal of Attention Disorders*, 18,4, pp. 275–282. https://doi.org/10.1177/1087054712444732.
65. KOOIJ, J. J.S., BIJLENGA, D., SALERNO, L., JAESCHKE, R., BITTER, I., BALÁZS, J., THOME, J., DOM, G., KASPER, S., NUNES FILIPE, C., STES, S., MOHR, P., LEPPÄMÄKI, S., CASAS BRUGUÉ, M., BOBES, J., MCCARTHY, J. M., RICHARTE, V., KJEMS PHILIPSEN, A., PEHLIVANIDIS, A., … ASHERSON, P. (2019). "Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD." In *European Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
66. KOOIJ, S. J. J., BEJEROT, S., BLACKWELL, A., CACI, H., CASAS-BRUGUÉ, M., CARPENTIER, P. J., EDVINSSON, D., FAYYAD, J., FOEKEN, K., FITZGERALD, M., GAILLAC, V., GINSBERG, Y., HENRY, C., KRAUSE, J., LENSING, M. B., MANOR, I., NIEDERHOFER, H., NUNES-FILIPE, C., OHLMEIER, M. D., … ASHERSON, P. (2010). "European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The

European Network Adult ADHD." In *BMC Psychiatry*, 10, pp. 67. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67.

67. LARA, C., FAYYAD, J., DE GRAAF, R., KESSLER, R. C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ANGERMEYER, M., DEMYTTENEARE, K., DE GIROLAMO, G., HARO, J. M., JIN, R., KARAM, E. G., L??PINE, J. P., MORA, M. E. M., ORMEL, J., POSADA-VILLA, J., SAMPSON, N. (2009). "Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative." In *Biological Psychiatry*, 65, pp. 46–54. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005.
68. LARSSON, H., SARIASLAN, A., LANGSTRÖM, N., D'ONOFRIO, B., LICHTENSTEIN, P. (2014). "Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: A quasi-experimental study." In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. https://doi.org/10.1111/jcpp.12140.
69. LI, D., SHAM, P. C., OWEN, M. J., HE, L. (2006). "Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)." In *Human Molecular Genetics*. https://doi.org/10.1093/hmg/ddl152.
70. LICHTENSTEIN, P., HALLDNER, L., ZETTERQVIST, J., SJÖLANDER, A., SERLACHIUS, E., FAZEL, S., LÅNGSTRÖM, N., LARSSON, H. (2012). "Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality." In *New England Journal of Medicine*. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203241.
71. LOEBER, R., GREEN, S. M., LAHEY, B. B., FRICK, P. J., MCBURNETT, K. (2000). "Findings on Disruptive Behavior Disorders from the First Decade of the Developmental Trends Study." In *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3,1, pp. 37–60. https://doi.org/10.1023/A:1009567419190.
72. MANNUZZA, S., KLEIN, R. G., MOULTON 3RD, J. L. (2008). "Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records." In *Psychiatry Research*, 160,3, pp. 237–246. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.003.
73. MANNUZZA, S., KLEIN, R. G., TRUONG, N. L., MOULTON, J. L., ROIZEN, E. R., HOWELL, K. H., CASTELLANOS, F. X. (2008). "Age of Methylphenidate Treatment Initiation in Children With ADHD and Later Substance Abuse: Prospective Follow-Up Into Adulthood." In *American Journal of Psychiatry*, 165,5, pp. 604–609. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07091465.
74. MARSHAL, M. P., MOLINA, B. S. G., PELHAM, W. E. (2003). "Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor." In *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17, pp. 293–302. https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.4.293.
75. MARTINEZ-RAGA, J., KNECHT, C., SZERMAN, N., MARTINEZ, M. I. (2013). "Risk of serious cardiovascular problems with medications for attention-deficit hyperactivity disorder." In *CNS Drugs*. https://doi.org/10.1007/s40263-012-0019-9.
76. MATTE, B., ANSELMI, L., SALUM, G. A., KIELING, C., GONÇALVES, H., MENEZES, A., GREVET, E. H., ROHDE, L. A. (2015). "ADHD in DSM-5: A field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults." In *Psychological Medicine*. https://doi.org/10.1017/S0033291714001470.
77. MOLINA, B. S. G., HINSHAW, S. P., SWANSON, J. M., ARNOLD, L. E., VITIELLO, B., JENSEN, P. S., EPSTEIN, J. N., HOZA, B., HECHTMAN, L., ABIKOFF, H. B., ELLIOTT, G. R., GREENHILL, L. L., NEWCORN, J. H., WELLS, K. C., WIGAL, T., GIBBONS, R. D., HUR, K., HOUCK, P. R. (2009). "The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, pp. 484–500. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819c23d0.
78. MORAN, L. V, ONGUR, D., HSU, J., CASTRO, V. M., PERLIS, R. H., SCHNEEWEISS, S. (2019). "Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD." In *The New England Journal of Medicine*, 380,12, pp. 1128–1138 https://doi.org/10.1056/NEJMoa1813751.
79. NICE (2018). "Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults." London *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.
80. NIKOLAS, M. A., MARSHALL, P., HOELZLE, J. B. (2019). "The role of neurocognitive tests in the assessment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder." In *Psychological Assessment* (Vol. 31, Issue 5, pp. 685–698). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/pas0000688.
81. OLFSON, M., KING, M., SCHOENBAUM, M. (2015). "Treatment of Young People With Antipsychotic Medications in the United States." In *JAMA Psychiatry*, 72,9, pp. 867–874. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0500.

82. PERUGI, G., PALLUCCHINI, A., RIZZATO, S., DE ROSSI, P., SANI, G., MAREMMANI, A. G. I., PINZONE, V., MAREMMANI, I. (2019). "Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder with comorbid substance-use disorder (SUD)." In *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1551878.
83. PHILIPSEN, A., JANS, T., GRAF, E., MATTHIES, S., BOREL, P., COLLA, M., GENTSCHOW, L., LANGNER, D., JACOB, C., GROß-LESCH, S., SOBANSKI, E., ALM, B., SCHUMACHER-STIEN, M., ROESLER, M., RETZ, W., RETZ-JUNGINGER, P., KIS, B., ABDEL-HAMID, M., HEINRICH, V., … VAN ELST, L. T. (2015). "Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder a randomized clinical trial." In *JAMA Psychiatry*. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2146.
84. PINGAULT, J.-B., TREMBLAY, R. E., VITARO, F., CARBONNEAU, R., GENOLINI, C., FALISSARD, B., COTE, S. M. (2011). "Childhood Trajectories of Inattention and Hyperactivity and Prediction of Educational Attainment in Early Adulthood: A 16-Year Longitudinal Population-Based Study." In *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121732.
85. POLANCZYK, G., DE LIMA, M. S., HORTA, B. L., BIEDERMAN, J., ROHDE, L. A. (2007). "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis." In *The American Journal of Psychiatry*, 164, pp. 942–948. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942.
86. POLANCZYK, G. V., WILLCUTT, E. G., SALUM, G. A., KIELING, C., ROHDE, L. A. (2014). "ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis." In *International Journal of Epidemiology*, 43,2, pp. 434–442. https://doi.org/10.1093/ije/dyt261.
87. POLDERMAN, T. J. C., BOOMSMA, D. I., BARTELS, M., VERHULST, F. C., HUIZINK, A. C. (2010). "A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement: Review." In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 122, pp. 271–284). https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01568.x.
88. QUINN, P. D., CHANG, Z., HUR, K., GIBBONS, R. D., LAHEY, B. B., RICKERT, M. E., SJÖLANDER, A., LICHTENSTEIN, P., LARSSON, H., D'ONOFRIO, B. M. (2017). "ADHD medication and substance-related problems." In *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16060686.
89. RASMUSSEN, J., CASEY, B. J., VAN ERP, T. G. M., TAMM, L., EPSTEIN, J. N., BUSS, C., BJORK, J. M., MOLINA, B. S. G., VELANOVA, K., MATHALON, D. H., SOMERVILLE, L., SWANSON, J. M., WIGAL, T., ARNOLD, L. E., POTKIN, S. G., GROUP, M. T. A. N. (2016). "ADHD and cannabis use in young adults examined using fMRI of a Go/NoGo task." In *Brain Imaging and Behavior*, 10,3, pp. 761–771. https://doi.org/10.1007/s11682-015-9438-9.
90. SAFREN, S. A., OTTO, M. W., SPRICH, S., WINETT, C. L., WILENS, T. E., BIEDERMAN, J. (2005). "Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms." In *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp. 831–842. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001.
91. SCASSELLATI, C., BONVICINI, C., FARAONE, S. V., GENNARELLI, M. (2012). "Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analyses." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 51, pp. 1003–1019). https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.015.
92. SCHEFFER, R. E., KOWATCH, R. A., CARMODY, T., RUSH, A. J. (2005). "Randomized, Placebo-Controlled Trial of Mixed Amphetamine Salts for Symptoms of Comorbid ADHD in Pediatric Bipolar Disorder After Mood Stabilization With Divalproex Sodium." In *American Journal of Psychiatry*, 162,1, pp. 58–64. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.58.
93. SCHELLEMAN, H., BILKER, W. B., KIMMEL, S. E., DANIEL, G. W., NEWCOMB, C., GUEVARA, J. P., CZIRAKY, M. J., STROM, B. L., HENNESSY, S. (2012). "Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults." In *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010125.
94. SHAW, PHILIP, STRINGARIS, A., NIGG, J., LEIBENLUFT, E. (2014). "Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder." In *The American Journal of Psychiatry*, 171,3, pp. 276–293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966.
95. SHAW, PHILIP, SUDRE, G., WHARTON, A., WEINGART, D., SHARP, W., SARLLS, J. (2015). "White matter microstructure and the variable adult outcome of childhood attention deficit hyperactivity disorder." In *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 40,3, pp. 746–754. https://doi.org/10.1038/npp.2014.241.

96. SHIN, J. Y., ROUGHEAD, E. E., PARK, B. J., PRATT, N. L. (2016). "Cardiovascular safety of methylphenidate among children and young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Nationwide self controlled case series study." In *BMJ (Online)*. https://doi.org/10.1136/bmj.i2550.
97. SIBLEY, M. H., PELHAM, W. E., MOLINA, B. S. G., GNAGY, E. M., WASCHBUSCH, D. A., BISWAS, A., MACLEAN, M. G., BABINSKI, D. E., KARCH, K. M. (2011). "The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity." In *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, pp. 21–32. https://doi.org/10.1007/s10802-010-9443-9.
98. SILBERNAGL, M., YANAGIDA, T., SLAMANIG, R., FISCHER, G., BRANDT, L. (2019). "Comorbidity Patterns Among Patients With Opioid Use Disorder and Problem Gambling: ADHD Status Predicts Class Membership." In *Journal of Dual Diagnosis*, 15,3, pp. 147–158. https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1590672.
99. SIMON, V., CZOBOR, P., BÁLINT, S., MÉSZÁROS, Á., BITTER, I. (2009). "Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis." In *British Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827.
100. SINGH, S. P. (2009). "Transition of care from child to adult mental health services: The great divide." In *Current Opinion in Psychiatry*. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9221.
101. SINGH, S. P., PAUL, M., FORD, T., KRAMER, T., WEAVER, T., MCLAREN, S., HOVISH, K., ISLAM, Z., BELLING, R., WHITE, S. (2010). "Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study." In *British Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075135.
102. SJÖWALL, D., ROTH, L., LINDQVIST, S., THORELL, L. B. (2013). "Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits." In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54,6, pp. 619–627. https://doi.org/10.1111/jcpp.12006.
103. SKOGLUND, C., BRANDT, L., D'ONOFRIO, B., LARSSON, H., FRANCK, J. (2017). "Methylphenidate doses in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and comorbid substance use disorders." In *European Neuropsychopharmacology*, 27,11, pp. 1144–1152. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.08.435.
104. STAHL, S. M. (2013). "Stahl's Essential Psychopharmacology Fourth Edition." In *Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Application*.
105. STEINHAUSEN, H.-C., BISGAARD, C. (2014). "Substance use disorders in association with attention-deficit/hyperactivity disorder, co-morbid mental disorders, and medication in a nationwide sample." In *European Neuropsychopharmacology*, 24,2, pp. 232–241. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.11.003.
106. STEVENS, S. E., SONUGA-BARKE, E. J. S., KREPPNER, J. M., BECKETT, C., CASTLE, J., COLVERT, E., GROOTHUES, C., HAWKINS, A., RUTTER, M. (2008). "Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence." In *Journal of Abnormal Child Psychology*. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9185-5.
107. STRÅLIN, P., HETTA, J. (2019). "First episode psychosis and comorbid ADHD, autism and intellectual disability." In *European Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.007.
108. SWIFT, K. D., HALL, C. L., MARIMUTTU, V., REDSTONE, L., SAYAL, K., HOLLIS, C. (2013). "Transition to adult mental health services for young people with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A qualitative analysis of their experiences." In *BMC Psychiatry*. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-74.
109. SZEKELY, E., SUDRE, G. P., SHARP, W., LEIBENLUFT, E., SHAW, P. (2017). "Defining the Neural Substrate of the Adult Outcome of Childhood ADHD: A Multimodal Neuroimaging Study of Response Inhibition." In *The American Journal of Psychiatry*, 174,9, pp. 867–876. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111313.
110. TAMM, L., EPSTEIN, J. N., LISDAHL, K. M., MOLINA, B., TAPERT, S., HINSHAW, S. P., ARNOLD, L. E., VELANOVA, K., ABIKOFF, H., SWANSON, J. M. (2013). "Impact of ADHD and cannabis use on executive functioning in young adults." In *Drug and Alcohol Dependence*. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.001.
111. TATLOW-GOLDEN, M., GAVIN, B., MCNAMARA, N., SINGH, S., FORD, T., PAUL, M., CULLEN, W., MCNICHOLAS, F. (2018). "Transitioning from child and adolescent mental health services with attention-deficit hyperactivity disorder in Ireland: Case note review." In *Early Intervention in Psychiatry*. https://doi.org/10.1111/eip.12408.

112. VAA, T. (2014). "ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis." In *Accident Analysis and Prevention*. https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.10.003.
113. VAN LITH, K., VELTMAN, D. J., COHN, M. D., PAPE, L. E., VAN DEN AKKER-NIJDAM, M. E., VAN LOON, A. W. G., BET, P., VAN WINGEN, G. A., VAN DEN BRINK, W., DORELEIJERS, T., POPMA, A. (2018). "Effects of Methylphenidate During Fear Learning in Antisocial Adolescents: A Randomized Controlled fMRI Trial." In *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57,12, pp. 934–943. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.026.
114. VITIELLO, B., PEREZ ALGORTA, G., ARNOLD, L. E., HOWARD, A. L., STEHLI, A., MOLINA, B. S. G. (2017). "Psychotic Symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Analysis of the MTA Database." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.016.
115. VITIELLO, B., RIDDLE, M. A., YENOKYAN, G., AXELSON, D. A., WAGNER, K. D., JOSHI, P., WALKUP, J. T., LUBY, J., BIRMAHER, B., RYAN, N. D., EMSLIE, G., ROBB, A., TILLMAN, R. (2012). "Treatment moderators and predictors of outcome in the Treatment of Early Age Mania (TEAM) study." In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.001.
116. WHILE, A., FORBES, A., ULLMAN, R., LEWIS, S., MATHES, L., GRIFFITHS, P. (2004). "Good practices that address continuity during transition from child to adult care: Synthesis of the evidence." In *Child: Care, Health and Development*. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00440.x.
117. WILENS, T. E., FARAONE, S. V, BIEDERMAN, J., GUNAWARDENE, S. (2003). "Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-analytic Review of the Literature." In *Pediatrics*, 111,1, pp. 179 LP – 185. https://doi.org/10.1542/peds.111.1.179.
118. WILLCUTT, E. G., DOYLE, A. E., NIGG, J. T., FARAONE, S. V, PENNINGTON, B. F. (2005). "Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review." In *Biological Psychiatry*, 57, pp. 1336–1346. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006.