



ADHD & ADD

Disturbi da Deficit dell'Attenzione

Guida Scientifica Completa per Bambini, Adolescenti e Adulti

A cura del Centro Phoenix

Centro Phoenix

Il Centro Phoenix è un centro specializzato in psicologia, neuropsicologia, riabilitazione e psicoterapia con quasi trent'anni di esperienza nel settore. La nostra équipe multidisciplinare, composta da neuropsicologi, psicologi clinici, psicoterapeuti e riabilitatori cognitivi, si dedica con professionalità al benessere psicologico e cognitivo di bambini, adolescenti, adulti e anziani.

Mission e Valori

La nostra mission è fornire interventi evidence-based di eccellenza, personalizzati sulle esigenze specifiche di ogni individuo e famiglia. Perseguiamo un sistema di miglioramento continuo della qualità del trattamento sia in termini di efficacia (risultati conseguiti) che di efficienza (velocità di acquisizione). I nostri valori fondamentali sono: rigore scientifico, innovazione metodologica, centralità della persona, approccio multidisciplinare e formazione continua.

Contatti

- **Sito web:** www.centrophoenix.net
- **Email:** segreteria@centrophoenix.it
- **Telefono:** 0424 382527
- **Sede Bassano del Grappa:** Via Cogo, 103 int. 1
- **Sede Romano d'Ezzelino:** Via Bassanese 72
- **Sede Thiene:** Via Valdastico 100
- **Sede Padova:** Via Annibale da Bassano, 14

Capitolo 1: Inquadramento Scientifico

1.1 Definizione e Inquadramento

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD, dall'inglese Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) rappresenta una delle condizioni neurobiologiche più diffuse e studiate in età evolutiva. Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), l'ADHD è caratterizzato da un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo.

È fondamentale comprendere che l'ADHD non è semplicemente un problema comportamentale o educativo, ma un vero e proprio disturbo evolutivo dell'autocontrollo di origine neurobiologica (Marzocchi, 2003). Questa distinzione è cruciale perché sottolinea la necessità di un approccio clinico specializzato piuttosto che di semplici interventi educativi o disciplinari.

1.2 Epidemiologia e Dati Statistici

La prevalenza dell'ADHD varia significativamente a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e delle metodologie di rilevazione. A livello mondiale, le stime indicano una prevalenza di circa il 5% nella popolazione pediatrica (Polanczyk et al., 2014). Nel contesto italiano, studi epidemiologici rigorosi riportano un tasso di prevalenza compreso tra l'1,5% e il 7,1% per bambini in età scolare (Gallucci et al., 1993; Mugnaini et al., 2006; Zuddas et al., 2006).

Dati chiave:

- Prevalenza mondiale: circa 5% in età scolare
- Prevalenza italiana: 1,5% - 7,1%
- Rapporto maschi/femmine: circa 3:1 per il sottotipo combinato
- Persistenza in età adulta: 60-70% dei casi
- Comorbidità con DSA: 30-50% dei casi

È importante notare che il sottotipo prevalentemente inattentivo (ADD) è spesso sotto-diagnosticato, particolarmente nelle femmine, poiché i sintomi sono meno visibili e dirompenti rispetto al sottotipo combinato con iperattività.

1.3 Modelli Teorici di Riferimento

Modello delle Funzioni Esecutive

Il modello predominante nella comprensione dell'ADHD è quello delle funzioni esecutive (Barkley, 1997). Secondo questo modello, i sintomi dell'ADHD derivano primariamente da deficit nell'inibizione comportamentale e nelle funzioni esecutive che essa sottende. Le funzioni esecutive comprendono:

- **Memoria di lavoro:** capacità di mantenere e manipolare informazioni per brevi periodi
- **Pianificazione:** capacità di organizzare sequenze di azioni per raggiungere un obiettivo
- **Flessibilità cognitiva:** capacità di adattare il comportamento a situazioni mutevoli
- **Controllo inibitorio:** capacità di sopprimere risposte prepotenti ma inappropriate
- **Regolazione emotiva:** capacità di modulare le risposte emotive

Modello Neurobiologico

Le ricerche di neuroimaging hanno identificato differenze strutturali e funzionali in specifiche regioni cerebrali nei soggetti con ADHD (Cortese et al., 2012). In particolare, sono stati documentati:

- Ridotto volume della corteccia prefrontale dorsolaterale
- Anomalie nei circuiti fronto-striatali
- Differenze nel cervelletto, importante per l'autoregolazione
- Alterazioni nei sistemi neurotrasmettitoriali dopaminergici e noradrenergici
- Ritardo maturativo corticale di circa 3 anni rispetto ai coetanei

Capitolo 2: Meccanismi e Processi

2.1 Meccanismi Neuropsicologici

L'ADHD può essere compreso come un deficit nei ritmi cerebrali. Le capacità attente, di vigilanza e di controllo comportamentale sono correlate a specifici meccanismi talamo-corticali e sono evidenti attraverso specifici ritmi di frequenza elettroencefalografica (EEG) in determinate regioni cerebrali.

Studi EEG hanno documentato che i bambini con ADHD mostrano consistentemente:

- **Eccesso di onde theta (4-8 Hz):** associate a stati di rilassamento e mente vagante
- **Carenza di onde beta (13-30 Hz):** associate a concentrazione e attenzione focalizzata
- **Rapporto theta/beta elevato:** indicatore diagnostico dell'ADHD

2.2 I Tre Domini Sintomatologici

Disattenzione

Il deficit attentivo si manifesta attraverso difficoltà specifiche e persistenti:

- Difficoltà a mantenere l'attenzione sostenuta su compiti che richiedono sforzo mentale
- Estrema facilità di distrazione da stimoli esterni anche irrilevanti
- Tendenza al 'daydreaming' con frequenti episodi di mente vagante
- Difficoltà nell'organizzazione sequenziale delle attività
- Problemi nel seguire istruzioni complesse o articolate
- Dimenticanza nelle attività di routine
- Perdita frequente di oggetti necessari
- Avversione per compiti che richiedono attenzione sostenuta

Iperattività

L'iperattività motoria rappresenta il sintomo più visibile:

- Irrequietezza motoria pressoché costante
- Difficoltà a rimanere seduti per periodi appropriati
- Bisogno compulsivo di movimento ('motorino interno')
- Continuo dimenarsi, toccare oggetti, alzarsi
- Eccessiva loquacità con eloquio rapido
- Difficoltà in situazioni che richiedono comportamenti calmi

Impulsività

L'impulsività si estende sia alla sfera comportamentale che emotiva:

- Tendenza ad agire senza considerare le conseguenze
- Difficoltà ad aspettare il proprio turno
- Interruzioni nelle conversazioni altrui
- Difficoltà nel posticipare la gratificazione
- Tendenza a rispondere prima che le domande siano completate
- Reazioni emotive sproporzionate

- Difficoltà nella regolazione degli stati emotivi

2.3 Fattori di Rischio e Fattori Protettivi

Fattori di Rischio

La ricerca ha identificato diversi fattori che aumentano la probabilità di sviluppare ADHD:

- **Genetici:** ereditabilità stimata al 70-80%
- **Prenatali:** esposizione a tabacco, alcol, stress materno
- **Perinatali:** prematurità, basso peso alla nascita, ipossia
- **Ambientali:** esposizione a piombo, carenza di ferro
- **Psicosociali:** stress familiare, conflitti coniugali, basso status socioeconomico

Fattori Protettivi

Alcuni fattori possono mitigare la severità dei sintomi:

- Ambiente familiare strutturato e supportivo
- Intervento precoce e appropriato
- QI elevato e buone competenze verbali
- Supporto scolastico adeguato
- Relazioni positive con i pari
- Attività extrascolastiche strutturate

Capitolo 3: Evidenze Scientifiche

3.1 I Sette Sottotipi di ADHD

Il Dr. Daniel Amen, pioniere nell'uso delle neuroimaging per lo studio dell'ADHD, ha identificato sette differenti sottotipi di ADHD basandosi su migliaia di scansioni SPECT cerebrali (Amen, 2001). Questa classificazione ha rivoluzionato la comprensione dell'eterogeneità dell'ADHD e ha importanti implicazioni terapeutiche.

1. Sottotipo Classico

Caratterizzato da disattenzione, distraibilità, disorganizzazione, iperattività e impulsività. Più comune nei maschi (rapporto 3:1). Neurobiologicamente presenta bassi livelli di attività nella corteccia prefrontale, cervelletto e gangli della base. Risponde tipicamente bene agli stimolanti tradizionali.

2. Sottotipo Disattento (ADD)

Prevalentemente disattenzione e lentezza cognitiva, senza iperattività evidenti. Spesso definiti 'sognatori ad occhi aperti'. Più comune nelle femmine e frequentemente sotto-diagnosticato. Non presenta problemi comportamentali evidenti, rendendo l'identificazione particolarmente difficile.

3. Sottotipo con Iperfocus

Sintomi del sottotipo classico più pensieri ossessivi, comportamenti perseverativi, mancanza di flessibilità cognitiva. Possono mostrare episodi di 'iperfocus' su attività di interesse, ignorando bisogni fisiologici.

4. Sottotipo Lobo Temporale

Sintomi del sottotipo classico più irritabilità eccessiva, instabilità emotiva, tendenze paranoiche, problemi di apprendimento e memoria. Difficoltà nel riconoscimento delle espressioni facciali e interpretazione dei segnali sociali.

5. Sottotipo Limbico

Sintomi del sottotipo classico più tono dell'umore persistentemente basso, pensieri negativi ricorrenti, energia bassa. Eccessiva attività nella zona limbica del cervello. Beneficia di approcci che combinano stimolanti e antidepressivi.

6. Sottotipo Ring of Fire

Forma più severa con sintomi intensificati: estrema distrazione, oppositività marcata, rabbia eccessiva, ipersensibilità sensoriale. Iperattivazione diffusa della corteccia cerebrale. Trattamento complesso che spesso richiede anticonvulsivanti.

7. Sottotipo Ansioso

Sintomi del sottotipo classico più ansia generalizzata, tensione fisica e mentale, paura di giudizio, sintomi somatici. L'ansia può mascherare i sintomi ADHD, richiedendo approccio terapeutico integrato.

3.2 Linee Guida Evidence-Based

Le linee guida internazionali concordano su un approccio multimodale per il trattamento dell'ADHD. La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA, 2002, 2003) raccomanda:

1. **Valutazione diagnostica multidimensionale:** neuropsicologica, comportamentale, scolastica e familiare
2. **Interventi psicosociali come prima linea:** riabilitazione neuropsicologica, parent training, supporto scolastico
3. **Farmacoterapia quando indicata:** sempre integrata con interventi psicosociali
4. **Monitoraggio continuo:** verifica dell'efficacia e adattamento del piano terapeutico
5. **Approccio multidisciplinare:** collaborazione tra clinici, scuola e famiglia

3.3 Efficacia del Neurofeedback

Il Neurofeedback ha ricevuto riconoscimento ufficiale come trattamento di livello 1 per l'ADHD (Sonuga-Barke et al., 2013), con lo stesso grado di evidenza scientifica della terapia farmacologica. Meta-analisi recenti (Cortese et al., 2016; Van Doren et al., 2019) hanno confermato l'efficacia del neurofeedback nel:

- Ridurre significativamente i sintomi di disattenzione
- Migliorare il controllo inibitorio
- Normalizzare il rapporto theta/beta
- Produrre cambiamenti neuroplastici duraturi
- Mantenere i miglioramenti a lungo termine

Capitolo 4: Riconoscere i Segnali

4.1 Segnali Precoci in Età Prescolare

Sebbene la diagnosi formale di ADHD sia raccomandata dopo i 6 anni, alcuni indicatori precoci possono essere osservati già in età prescolare (3-5 anni):

- Alterazioni persistenti del ritmo sonno-veglia
- Irrequietezza motoria eccessiva per l'età
- Difficoltà nella regolazione emotiva
- Ritardi nello sviluppo del linguaggio
- Difficoltà nelle interazioni sociali
- Comportamento estremamente oppositivo

4.2 Manifestazioni in Età Scolare

A Scuola

I segnali in ambiente scolastico includono:

- Difficoltà a rimanere seduto durante le lezioni
- Frequenti interruzioni e disturbo durante le attività
- Perdita sistematica del materiale scolastico
- Compiti incompleti o disordinati
- Difficoltà a seguire istruzioni multi-step
- Rendimento scolastico inferiore alle potenzialità
- Frequenti conflitti con compagni e insegnanti

A Casa

In ambiente domestico si osservano:

- Difficoltà a completare compiti quotidiani
- Tempi di studio molto prolungati
- Conflitti frequenti sulle regole
- Dimenticanza di routine stabilite
- Disordine cronico nel proprio spazio
- Difficoltà nel gioco autonomo

4.3 Segnali negli Adolescenti

In adolescenza, l'iperattività motoria tende a ridursi, ma emergono altre difficoltà:

- Gravi problemi organizzativi e di pianificazione
- Procrastinazione cronica
- Difficoltà nella gestione autonoma dello studio
- Rischio elevato di abbandono scolastico
- Problemi di autostima e depressione
- Difficoltà nelle relazioni sentimentali
- Comportamenti a rischio

4.4 Quando Consultare uno Specialista

È importante consultare uno specialista quando:

- I sintomi persistono per almeno 6 mesi
- Si manifestano in almeno due contesti (casa, scuola, attività extra)
- Interferiscono significativamente con il funzionamento quotidiano
- Causano sofferenza al bambino o alla famiglia
- Sono presenti difficoltà scolastiche significative
- Ci sono problemi relazionali con i pari

Capitolo 5: Strategie e Interventi

5.1 Approccio Multimodale

Il trattamento dell'ADHD richiede un approccio integrato che combini diversi interventi calibrati sulle esigenze specifiche di ogni individuo. Gli interventi evidence-based includono:

Riabilitazione Neuropsicologica

La riabilitazione neuropsicologica mira a potenziare le funzioni esecutive deficitarie attraverso:

- **Training computerizzati specifici:** esercizi mirati per attenzione, memoria di lavoro, inibizione
- **Attività carta-e-matita:** compiti strutturati per pianificazione e organizzazione
- **Strategie metacognitive:** insegnamento di tecniche di automonitoraggio e autoregolazione
- **Frequenza:** 2-3 sedute settimanali per 3-6 mesi

Neurofeedback

Il neurofeedback insegna l'autoregolazione dell'attività cerebrale attraverso:

- **Monitoraggio EEG in tempo reale:** registrazione dell'attività cerebrale durante la seduta
- **Feedback visivi e uditivi:** rinforzi immediati quando l'attività cerebrale si normalizza
- **Apprendimento graduale:** il bambino impara a controllare volontariamente i propri ritmi cerebrali
- **Protocollo tipico:** 30-40 sedute bisettimanali

Parent Training

Il parent training fornisce ai genitori competenze specifiche per:

- Comprendere la natura neurobiologica dell'ADHD
- Implementare strategie di rinforzo positivo efficaci
- Gestire appropriatamente i comportamenti problematici
- Creare un ambiente domestico strutturato
- Migliorare la comunicazione famiglia-figlio
- Ridurre lo stress genitoriale

5.2 Dieci Consigli Pratici per la Concentrazione

Strategie evidence-based per migliorare l'attenzione a casa e a scuola:

1. Routine Strutturata

Stabilire un orario fisso per i compiti facilita l'attivazione dei circuiti attentivi. La routine crea aspettative neurali che preparano il cervello, riducendo il tempo necessario per 'entrare in modalità studio'.

2. Ambiente Ordinato

Un ambiente disordinato attiva costantemente i circuiti attentivi, creando sovraccarico cognitivo. Una scrivania organizzata facilita l'automatizzazione delle routine di studio e riduce le distrazioni.

3. Preparazione Materiali

Verificare la disponibilità di tutti i materiali prima di iniziare. La concentrazione richiede 15-20 minuti per raggiungere livelli ottimali e si perde immediatamente ad ogni interruzione.

4. Pianificazione Temporale

Fare un elenco delle attività e stimare realisticamente i tempi necessari. Questo attiva i circuiti prefrontali del controllo esecutivo, migliorando l'autoregolazione durante lo studio.

5. Pause Strategiche

Alternare periodi di lavoro con pause: 45-50 minuti per adulti, 15-20 minuti per bambini elementari, 25-30 per medie. Le pause di 5-10 minuti aiutano a mantenere l'attenzione sostenibile.

6. Alternanza Attività

Cambiare tipo di attività permette di ricaricare l'attenzione usando circuiti neurali diversi. Alternare materie verbali e visuo-spaziali, studio mnemonico ed esercizi pratici.

7. Presentazione Attiva

Stimolare interesse con domande, collegamenti alla vita reale, sfide appropriate. Questa strategia attiva i circuiti della motivazione intrinseca e migliora il coinvolgimento attentivo.

8. Chunking

Suddividere attività complesse in piccole parti gestibili. Gratificare il completamento di ciascuna parte. Ogni 'chunk' deve essere completabile nel tempo di attenzione disponibile.

9. Prioritizzazione

Affrontare prima le attività più difficili, quando l'attenzione è al picco. All'inizio l'attenzione è qualitativamente migliore e va usata strategicamente per compiti impegnativi.

10. Rinforzo Positivo

Decidere insieme quale attività piacevole seguirà il completamento dei compiti. Questo attiva i circuiti dopaminergici della ricompensa, motivando concentrazione ed efficienza.

Capitolo 6: Risorse e Approfondimenti

6.1 Risorse Online Centro Phoenix

Il Centro Phoenix offre numerose risorse gratuite per approfondire il tema dell'ADHD:

- [Pagina ADHD Bambini](#)
- [Blog ADHD](#)
- [Terapie ADHD](#)
- [Parent Training](#)
- [Neurofeedback per ADHD](#)
- [Test ADHD Gratuito](#)
- [Playlist YouTube ADHD](#)

6.2 Bibliografia Scientifica

Fonti primarie utilizzate per questo ebook:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Amen, D. G. (2001). Healing ADD: The Breakthrough Program that Allows You to See and Heal the 7 Types of ADD. New York: Berkley Books.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164-174.

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., ... & 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. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738.

Gallucci, F., Bird, H. R., Berardi, C., Gallai, V., Pfanner, P., & Weinberg, A. (1993). Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(5), 1051-1058.

Marzocchi, G. M. (2003). Bambini disattenti e iperattivi. Bologna: Il Mulino.

Mugnaini, D., Masi, G., Brovedani, P., Chelazzi, C., Matas, M., Romagnoli, C., & Zuddas, A. (2006). Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade. *European Psychiatry*, 21(6), 419-426.

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. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.

SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. (2002). Linee guida per il disturbo da deficit attivo con iperattività. Roma: SINPIA.

Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... & Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289.

Van Doren, J., Arns, M., Heinrich, H., Vollebregt, M. A., Strehl, U., & Loo, S. K. (2019). Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 293-305.

Zuddas, A., Marzocchi, G. M., Oosterlaan, J., Cavolina, P., Ancilletta, B., & Sergeant, J. A. (2006). Factor structure and cultural factors of disruptive behaviour disorders symptoms in Italian children. *European Psychiatry*, 21(6), 410-418.

Conclusioni

L'ADHD è una condizione neurobiologica complessa che richiede comprensione, intervento tempestivo e supporto multidisciplinare. Con l'approccio giusto, i bambini, adolescenti e adulti con ADHD possono sviluppare strategie efficaci per gestire le proprie difficoltà e realizzare pienamente il proprio potenziale.

Le ricerche scientifiche hanno dimostrato che l'intervento precoce e appropriato può fare una differenza sostanziale nella traiettoria di vita delle persone con ADHD. La combinazione di riabilitazione neuropsicologica, neurofeedback, parent training e, quando necessario, farmacoterapia, rappresenta l'approccio più efficace per affrontare questa condizione.

È fondamentale ricordare che l'ADHD non definisce la persona: ogni individuo con ADHD possiede talenti unici, creatività e potenzialità che meritano di essere riconosciute e coltivate. Con il giusto supporto e le strategie appropriate, è possibile trasformare le sfide in opportunità di crescita.

Se riconoscete in voi stessi o nei vostri cari i segnali descritti in questo ebook, non esitate a cercare supporto professionale. Il Centro Phoenix è a disposizione per accompagnarvi in questo percorso con competenza, esperienza e dedizione.

Il cambiamento è possibile. La speranza è fondata. Il futuro è luminoso.

Contatti e Prenotazioni

Per maggiori informazioni o per prenotare una valutazione diagnostica:

Centro Phoenix srl

Sede Operativa e Legale

Via Bassanese 72, 36060 Romano d'Ezzelino (VI)

Le Nostre Sedi

- **Bassano del Grappa:** Via Cogo, 103 int. 1
- **Romano d'Ezzelino:** Via Bassanese 72
- **Thiene:** Via Valdastico 100
- **Padova:** Via Annibale da Bassano, 14

Contatti

- **Telefono:** 0424 382527
- **WhatsApp:** 347 8911893 (solo SMS)
- **Email:** segreteria@centrophoenix.it
- **Sito web:** www.centrophoenix.net
- **Prenotazioni online:** [contatti](#)

Seguici sui Social

- **Facebook:** Centro Phoenix
- **Instagram:** @centro_phoenix
- **LinkedIn:** Centro Phoenix
- **YouTube:** Centro Phoenix

Orari Segreteria: Lunedì-Venerdì 9:00-18:00

