

NOTE

1. In particolare l'antipertosse, quando a fine anni '90 in Piemonte si avviò il Progetto Pertosse che sperimentò un nuovo vaccino non obbligatorio ma che, tramite una mirata campagna promozionale, portò ad aumentare il numero dei bambini vaccinati.

2. *Storia della scienza*, Roma, Istituto dell'enciclopedia italiana, 2005, vol. VI, p. 744.

3. E. LUPO, *Psichiatria e nazismo*, http://www.psichiatriademocratica.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=24&Itemid=155&lang=it (tutti gli indirizzi citati in queste note, sono stati controllati il 18 settembre 2018).

4. L'ATEC (Associazione italiana terapia elettro-convulsiva) sostiene che l'elettroshock sia il rimedio più efficace e meno costoso per il trattamento delle sindromi depressive più gravi. Suo l'obiettivo di incrementarne l'utilizzo nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Questo trattamento psichiatrico, che ora prende il nome di TEC (Terapia elettroconvulsivante), sta allargando la sua diffusione, anche in seguito alla Circolare ministeriale del 02/12/1996 firmata da Rosi Bindi in seguito alle direttive del Consiglio superiore di sanità del 14/04/1996.

5. Gli OPG (Ospedali psichiatrici giudiziari) sono stati istituiti nel 1930 dal Codice Penale fascista. Con la legge 81 del 2014 la legislazione italiana ne ha decretato la chiusura, da effettuarsi entro il 31/03/2015. Le strutture sostitutive si chiamano REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). Approfondimenti in: <http://www.180gradi.org/2015/05/20/chiusura-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari-finalmente-la-fine-di-una-inciviltà>. E in «*Sicilia libertaria*», *Marco Cavallo esiste ancora?*, luglio/agosto 2018, p. 7, per un approfondimento sulla situazione dei luoghi di ricovero psichiatrico a 40 anni dalla legge 180 (legge Basaglia).

6. http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_rassegnastampa_57.pdf.

7. Dai questionari diffusi in occasione del Progetto Prisma, pubblicati integralmente in appendice (*DSM-IV / ICD-10*, a cura di G.M. Marzocchi, C.A. Hartmann, R. Meuter, V.L. Zammuner, D.J. Dallinga, J.A. Sergeant) e nella nota 11.

8. Per comorbidità, o comorbilità, si intende la presenza di due o più disturbi di origine diversa, vale a dire: associazione di diagnosi. Gli psicofarmaci, agendo sul sistema neuronale, inducono effetti collaterali importanti non soltanto dal punto di vista fisiologico, ma anche su molti aspetti che riguardano l'indole, le abitudini e l'esperienza di chi li assume. Queste modificazioni soltanto raramente vengono riconosciute come conseguenza dell'assunzione di sostanze sedative o psicotrope. Nella maggior parte dei casi la psichiatria valuta ogni nuovo sintomo con l'insorgenza di un nuovo specchio diagnostico e quindi ai pazienti aggiorna l'anamnesi tramite le comorbidità che autorizzano a prescrivere un cocktail di farmaci. È un voluto ribaltamento della valutazione fra causa ed effetto: i sintomi non vengono registrati come conseguenza dell'assunzione di sostanze, ma in quanto "insorgenza, o aggravamento, di malattia mentale". Questo succede anche nella cronaca giornalistica quando vengono descritti episodi di aggressività o suicidio. "L'aggressore era da tempo sotto cura psichiatrica", lasciando credere che l'episodio violento o autolesionista sia frutto della follia che da tempo colpiva il protagonista della cronaca. Non si dice mai: "Da tempo l'aggressore assumeva psicofarmaci che ne hanno alterato la volontà e la capacità di autocontrollo".

9. Science and Technology Committee (una commissione che affianca il governo britannico nelle scelte che riguardano l'ambito scientifico).

10. W. MENDELSON, N. JOHNSON, M.A. STEWART, *Hyperactive children as teenagers: A follow-up study*, «*Journal of Nervous and Mental Disease*», vol. 153, 1971

11. Questo il testo completo dei documenti introduttivi e del primo questionario distribuito nelle scuole italiane delle zone soggette alla prima fase della sperimentazione denominata Progetto Prisma. Il questionario, parzialmente revisionato, utilizzato nella seconda fase dello *screening* nazionale è pubblicato alle pp. 51-58.

PROGETTO PRISMA

Centro per lo Studio delle Terapie Farmacologiche
in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Responsabile:  *Dott. Alessandro Zuddas*
Tel. 070 609 3441; E-mail: azuddas@unica.it

CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Università degli Studi di Cagliari
Direttore: Prof. Carlo Cianchetti

Via Ospedale, 119 - 09124 Cagliari
☎ (070) 609.3414/5/6/7- 65 .33.35- Fax (070) 66.95.91

Gentile signora, gentile signore,

la nostra Clinica sta conducendo uno studio per verificare l'utilità di un questionario sul comportamento a scuola ed a casa dei bambini delle scuole elementari. In alcuni Paesi europei (Olanda e Gran Bretagna), questo questionario è risultato particolarmente utile per individuare precocemente situazioni di difficoltà che, se non affrontate adeguatamente, possono compromettere le capacità di apprendimento e di integrazione sociale dei bambini in età scolare.

In particolare, questo questionario aiuta ad individuare i bambini che presentano difficoltà a stare attenti e tendono ad essere iperattivi. Negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in Nord Europa percentuali variabili tra il 4 ed il 10% dei bambini in età scolare presentano questo tipo di problema definito come Disturbo da deficit d'Attenzione e Iperattività (in sigla ADHD, dall'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*); questi bambini vengono aiutati a superare le loro difficoltà combinando interventi psicoeducativi con terapie mediche e coinvolgendo i genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino nella programmazione di un intervento terapeutico personalizzato. In Italia, i neuropsichiatri infantili e gli psicologi dell'età evolutiva diagnosticano l'ADHD con frequenza molto minore rispetto ai Paesi sopra indicati: poiché non esistono studi specifici, non è chiaro se l'incidenza del disturbo sia effettivamente minore o se i metodi di diagnosi siano inadeguati. Scopo del nostro studio è verificare se il disturbo esiste anche in Sardegna, quanto è frequente e se le terapie utilizzate in altri Paesi sono ugualmente efficaci per i nostri bambini.

Siamo stati autorizzati dalla Direttrice della scuola frequentata dal Vostro bambino/a a chiedere la Vostra collaborazione al nostro studio. Lunedì 3 maggio alle ore 16.00 presso la Scuola in via Caravaggio vorremmo illustrarVi gli scopi e l'organizzazione dello studio e le modalità della collaborazione che richiediamo.

Di seguito anticipiamo brevemente come sarà articolata la vostra collaborazione.

Nella prima fase dello studio viene chiesto ai genitori ed agli insegnanti di compilare dei questionari sul comportamento osservabile del bambino/a a casa ed a scuola. *La partecipazione allo studio è ovviamente volontaria; gli insegnanti compileranno il questionario solo dopo aver ottenuto il consenso scritto dai genitori del bambino/a.*

Le risposte ai questionari non verranno utilizzate per la diagnosi, ma solo per valutare le frequenze di alcuni comportamenti (es. "non riesce a star seduto a lungo sulla sedia", oppure "è timido ed introverso", "non ha molti amici") nei bambini normali e per verificare se tali frequenze sono simili a quelle verificate in altri Paesi. I questionari compilati dai genitori e quelli compilati dagli insegnanti saranno resi anonimi (mediante codice di numeri e lettere) dal responsabile della ricerca e confrontati tra loro. L'identità dei bambini verrà tutelata dalle norme del segreto professionale.

Nella seconda fase dello studio verranno identificati bambini in cui alcuni dei comportamenti sopra indicati sono particolarmente frequenti o al contrario quasi del tutto assenti. I genitori verranno invitati presso la nostra Clinica Universitaria per una intervista più approfondita; verrà anche proposto un colloquio col bambino/a con somministrazione di test neuropsicologici (in genere in forma di gioco). Al termine della seconda fase verrà consegnata ai genitori una relazione con il risultato dei test e delle valutazioni e, qualora opportuno, indicazioni terapeutiche che potranno essere gestite sia da personale della Clinica che dal pediatra di base o da operatori di fiducia dei genitori.

I genitori potranno ovviamente porre tutte le domande che riterranno opportune, potranno partecipare anche solo ad alcune fasi dello studio (es. rispondere al questionario senza partecipare alla fase successiva) ed interrompere la partecipazione in qualsiasi momento lo riterranno opportuno.

RingraziandoLa anticipatamente per la collaborazione

Dott. Alessandro Zuddas
Neuropsichiatra Infantile



**Consenso informato
alla partecipazione ad uno Studio
di caratterizzazione di un protocollo diagnostico
per i bambini con Disturbo da deficit
d'Attenzione e Iperattività (ADHD)**

Che cos'è l' ADHD e perché questo studio

Il Disturbo da deficit d'Attenzione e Iperattività (ADHD) è una delle patologie più frequenti della neuropsichiatria dell'età evolutiva. È caratterizzato da inattenzione, iperattività ed impulsività. L'inattenzione (o facile distraibilità) si manifesta soprattutto come scarsa cura per i dettagli e incapacità a portare a termine le azioni intraprese: i bambini sembrano sempre avere altro in mente, evitano di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari o abilità organizzative, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti. L'impulsività si manifesta come difficoltà ad organizzare azioni complesse, con tendenza al cambiamento rapido da un'attività ad un'altra senza portarne a termine nessuna, difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco o di gruppo. Tale impulsività è generalmente associata all'iperattività: questi bambini vengono riferiti come "mossi da un motorino", hanno difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei, a scuola hanno spesso difficoltà a rimanere seduti. I bambini con questo disturbo frequentemente presentano difficoltà scolastiche, disturbi comportamentali o disturbi specifici dell'apprendimento. Come indicato da numerosi studi effettuati in diverse parti del mondo, le cause del disturbo possono essere numerose: in una percentuale significativa di casi la predisposizione ad ammalarsi sembra avere origine genetica.

Negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in Nord Europa percentuali variabili tra il 4 ed il 10% dei bambini in età scolare, vengono diagnosticati come affetti da deficit attentivo con iperattività e vengono aiutati a superare le difficoltà sopra descritte. La terapia dell'ADHD si basa su un approccio multimodale che combina interventi psicosociali e psicoeducativi con terapie mediche. I genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino vengono coinvolti nella programmazione di un intervento terapeutico personalizzato che talvolta prevede anche l'utilizzo dei farmaci.

In Italia, i neuropsichiatri infantili e gli psicologi dell'età evolutiva diagnosticano l'ADHD con minore frequenza rispetto ai Paesi sopra indicati: poiché non esistono studi specifici, non è chiaro se l'incidenza del disturbo sia effettivamente minore o se i metodi di diagnosi siano inadeguati.

Come è articolato lo studio

Le proponiamo di partecipare ad uno studio di caratterizzazione di un protocollo diagnostico per l'ADHD adatto a bambini della scuola elementare composto da questionari compilati da genitori ed insegnanti, da una intervista con i genitori e da un colloquio col bambino/a.

Lo studio consiste in due fasi.

Nella prima fase viene chiesto ai genitori ed agli insegnanti di compilare dei questionari sul comportamento osservabile del bambino/a a casa ed a scuola. Le risposte ai questionari non verranno utilizzate per la diagnosi ma solo per valutare le frequenze di alcuni comportamenti (es. "non riesce a star seduto a lungo sulla sedia", oppure "è timido ed introverso", "non ha molti amici") nei bambini normali e per verificare se tali frequenze sono simili a quelle verificate in altri Paesi. I questionari compilati dai genitori e quelli compilati dagli insegnanti saranno resi anonimi (mediante codice di numeri e lettere) dal responsabile della ricerca e confrontati tra loro. L'identità dei soggetti verrà tutelata dalle norme del segreto professionale. Nella seconda fase dello studio verranno identificati bambini in cui alcuni dei comportamenti sopra indicati sono particolarmente frequenti o al contrario quasi del tutto assenti. I genitori verranno invitati presso la nostra Clinica Universitaria per un'intervista più approfondita; verrà anche proposto un colloquio col bambino/a con somministrazione di test neuropsicologici (in genere in forma di gioco).

Durante l'intervista verrà chiesta la provenienza dei propri avi (fino ai bisnonni), allo scopo di identificare un campione di bambini/e (sia con ADHD che senza) di origine sarda il più possibile sicura. Ciò allo scopo di confrontare i dati ottenuti in Sardegna con quelli di altri studi in corso in differenti regioni d'Italia e d'Europa e per valutare l'opportunità di eventuali futuri studi genetici.

Al termine della seconda fase verrà consegnata ai genitori una relazione con il risultato dei test e delle valutazioni e, qualora opportuno, indicazioni terapeutiche che potranno essere gestite sia da personale della Clinica che dal pediatra di base o da operatori di fiducia dei genitori.

I genitori potranno ovviamente porre tutte le domande che riterranno opportune, potranno partecipare anche solo ad alcune fasi dello studio (es. rispondere al questionario senza partecipare alla fase successiva), ed interrompere la partecipazione in qualsiasi momento. Tutte le informazioni ottenute sui singoli bambini saranno tutelate dal segreto professionale.

Consenso informato alla partecipazione ad uno Studio di caratterizzazione di un protocollo diagnostico per i bambini con Disturbo da deficit d'Attenzione e Iperattività (ADHD)

Acconsento a partecipare allo Studio di caratterizzazione del protocollo diagnostico per il Disturbo di Deficit Attentivo con iperattività (ADHD). Resta inteso che potrò porre tutte le domande che riterrò opportune e potrò interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento.

Autorizzo gli insegnanti di mio figlio/a _____ a compilare i questionari forniti dal responsabile della ricerca ed il responsabile stesso ad utilizzarne i dati. Come specificato nel foglio informativo allegato, tutte le informazioni riguardanti mio figlio/a verranno tutelate dalle norme sul segreto professionale.

Il genitore o tutore legale _____
data _____

Il responsabile della ricerca (dott. Alessandro Zuddas) 
data _____

Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti Versione per genitori G.M. Marzocchi, F. Gallucci, J. Oosterlaan, J.A. Sergeant

Nome bambino _____ Scuola _____ classe _____

data di nascita

Nome genitore _____

data compilazione

Istruzioni

Di seguito troverà una serie di descrizioni che riguardano alcuni bambini. Per ognuna di esse le chiediamo di indicare in che misura tale descrizione corrisponde al suo bambino, *in questo periodo* o negli *ultimi 6 mesi*. Ci sono 4 possibili risposte: **per nulla**, **abbastanza**, **molto**, **moltissimo**. Per ogni affermazione, scelga la risposta che meglio descrive il comportamento del bambino, secondo la sua opinione, mettendo una crocetta in una delle 4 colonne.

Ecco un esempio per chiarire meglio le istruzioni:

per nulla **abbastanza** **molto** **moltissimo**

Gli piace giocare fuori

In questo esempio, abbastanza è la risposta che corrisponde alla migliore descrizione possibile di quel bambino. Il questionario è stato preparato per bambini/ragazzi dai 6 ai 18 anni; ci sono, di conseguenza, alcune domande che non sono rilevanti per un certo bambino/ragazzo, ma saranno più pertinenti per persone di altre età. Non bisogna quindi saltare la domanda, ma rispondere semplicemente **per nulla**.

Se si accorge di aver sbagliato, è possibile cancellare la risposta e mettere una crocetta nella casella che ritiene più appropriata.

Non è possibile descrivere nel questionario il comportamento di ogni bambino in modo preciso. Può succedere che lei ritenga che nessuna singola risposta sia applicabile in maniera specifica al/la bambino/a. Tuttavia le chiediamo la cortesia di **NON** saltare alcuna domanda, ma di scegliere la risposta che le sembra più vicina al suo giudizio.

La invitiamo cortesemente a rispondere a tutte le domande.

Grazie.

Questionario

(possibili risposte: per nulla, abbastanza, molto, moltissimo)

1. Spesso interrompe o si comporta in modo invadente con altre persone (ad es., si intromette in conversazioni o giochi)
2. È fuggito da casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci (una volta senza ritornare per un lungo periodo)
3. Spesso litiga con gli adulti
4. Spesso mente per ottenere oggetti, favori o per evitare obblighi (raggirando gli altri)
5. Spesso dà inizio a colluttazioni fisiche con persone del suo ambiente familiare
6. È stato fisicamente crudele con le persone
7. Spesso parla eccessivamente
8. Ha rubato articoli di valore senza affrontare la vittima (furto nei negozi senza scasso)
9. Spesso viene facilmente distratto da stimoli non pertinenti con il compito (compiti a casa)
10. Marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni di età
11. Spesso si agita con le mani o i piedi, o si dimena sulla sedia
12. È spesso dispettoso e vendicativo
13. Spesso incolpa gli altri per i suoi errori o per il suo cattivo comportamento
14. Ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appiccare il fuoco)
15. Spesso sfida attivamente o si rifiuta di rispettare le richieste o regole degli adulti
16. Spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente
17. Spesso risponde prima ancora che la domanda sia stata completata
18. Spesso dà inizio a colluttazioni fisiche con persone che non appartengono al suo ambiente familiare (ad es. coetanei durante i giochi)
19. Spesso ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività di svago in modo tranquillo
20. Spesso non riesce a prestare attenzione ai dettagli o compie errori di disattenzione in compiti scolastici o in altre attività
21. È spesso arrabbiato e rancoroso
22. Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui ciò non è appropriato
23. È spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri
24. Spesso non esegue le istruzioni o non riesce a completare le proprie attività (non a causa di comportamenti oppositivi o di incapacità di comprensione delle consegne)
25. Spesso va in collera
26. Spesso ha difficoltà nel mantenere l'attenzione nei compiti o nei giochi in cui è impegnato
27. Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
28. Ha forzato qualcuno ad attività sessuale
29. Spesso fa il prepotente, minaccia, o intimorisce gli altri
30. È in continuo movimento o spesso agisce come se avesse "l'argento vivo" addosso
31. Spesso perde oggetti o materiali necessari per le proprie attività (ad es., giocattoli, compiti di scuola, matite, libri o altri strumenti)
32. Spesso corre e si arrampica in modo eccessivo in situazioni in cui è inappropriato
33. È stato fisicamente crudele con gli animali
34. Spesso evita o è riluttante ad impegnarsi in attività che richiedono uno sforzo mentale continuato (ad es., compiti di scuola)
35. Spesso sta fuori casa di notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni di età
36. Spesso irrita deliberatamente le persone
37. Ha rubato affrontando la vittima (ad es., aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
38. Ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
39. Spesso ha difficoltà nell'organizzare le proprie attività e compiti
40. È penetrato in una casa, in un edificio, o in un'automobile altrui
41. È spesso noncurante nello svolgere le proprie attività quotidiane
42. Ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es., un bastone, un mattone, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)

12. In *Primo non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie* (Torino, Bollati Boringhieri, 2013) Allen Frances dichiara apertamente che le sue critiche «sono dirette solo contro gli eccessi della psichiatria, non contro il cuore o l'anima della disciplina». Denuncia come l'APA abbia «speso 25 milioni di dollari per il DSM-5» mentre «il DSM-IV è costato 5 milioni». Difende la necessità per la psichiatria di poter usufruire di strumenti generalizzati e condivisi (termine per altro suscettibile di diverse interpretazioni in quanto la condivisione di una codificazione serve spesso a tramutare un pregiudizio in un alibi linguistico che lascia immutata una prassi co-

ercitiva; molti psichiatri che si definiscono democratici, e quindi seguono scuole di pensiero differenti da quelle dell'APA, non evitano di far riferimento alle diagnosi, sminuendone lo stigma sociale e considerandole proprio un "linguaggio condiviso") per determinare la classificazione delle malattie mentali e delle loro terapie, nonostante si scagli contro ciò che ritiene abuso e contro chi ne sia artefice; però ammette: «Ci manca una definizione generale di disturbo mentale per aiutarci a decidere se una persona è normale oppure paziente, pazzo o cattivo». Inoltre: «L'ipotesi per cui un gene o un neurotrasmettitore avrebbero potuto spiegare i diversi disturbi mentali si è rivelata ingenua e illusoria. Ancor oggi non abbiamo un solo test di laboratorio in psichiatria. [...] Nessuna delle promettenti scoperte biologiche si è tramutata in test diagnostico. [...] Tutte le nostre diagnosi sono basate su giudizi soggettivi e sono intrinsecamente fallibili e soggette a mutamenti capricciosi». Riconosce quanto l'enorme diffusione degli psicofarmaci sia dannosa, ma ripetutamente riversa la responsabilità unicamente sull'industria farmaceutica che, soltanto sulla vendita delle molecole più "pericolose", fattura 18 miliardi di dollari l'anno e riconduce il boom di prescrizioni alle campagne di *marketing* – spot pubblicitari, ingerenze sui medici di base, test a larga diffusione – e alla sbagliata interpretazione del *DSM-IV*, di cui è il principale firmatario. «L'esca per il consumatore è fargli credere che la vita sia perfettibile. [...] La promessa subliminale è che, oltre a curare la malattia, le pasticche possono anche aiutare a migliorare la qualità di vita grazie alla chimica. [...] Il 7% degli americani è tutt'oggi dipendente da un farmaco psicotropo legale». In particolare sulle diagnosi dell'età evolutiva dichiara: «Si è cominciato a medicalizzare qualsiasi tipo di disturbo nella gestione delle classi, applicando la diagnosi ADHD in modo così indiscriminato che a oggi ben il 10% dei bambini risponde ai requisiti. Ogni classe ha almeno due bambini sotto farmaci». Paradossalmente esorta: «Bisognerebbe evitare di etichettare come disturbo mentale gli aspetti dell'infanzia che risultano spiacevoli o problematici». Le diagnosi prettamente infantili, a suo dire specialmente quelle inaugurate dal *DSM-5*, sono esempi di «errori diagnostici». E ancora: «Tutte le ultime epidemie dei disturbi psichiatrici coinvolgono i bambini. I bambini sono clienti preziosi: una volta accalappiati in tenera età, saranno tuoi per sempre».

13. Per approfondimenti si rimanda a: C. GAZZOLA, *Fra diagnosi e peccato – La discriminazione secolare nella psichiatria e nella religione*, Milano, Mimesis, 2015.

14. A. MILONE – SERVIZIO AL DI LÀ DELLE NUVOLE – IRCCS FONDAZIONE STELLA MARIS PISA, *I disturbi del comportamento in età evolutiva: lo stato dell'arte in ambito clinico e riabilitativo*. [In rete] <http://www.istituto-leonardodavinci.it/wp-content/uploads/2014/01/1.-Milone-I-disturbi-del-comportamento-in-età-evolutiva.pdf>.

15. P. PANEI [ET AL.], *Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)*, Roma, Istituto superiore di sanità, 2009. (Rapporti ISTISAN 09/20). [In rete] https://www.researchgate.net/publication/261704477_Protocollo_diagnostico_e_terapeutico_della_sindrome_da_iperattivita_e_deficit_di_attenzione_per_il_Registro_nazionale_ADHD_Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder.

16. *Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*, 2002. [In rete] http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_SINPIA_Diagnosi.pdf.

17. Il Ritalin (MPH) era vietato in Italia fino al suo sdoganamento grazie al Decreto Legge del luglio 2003 che ammetteva una distribuzione controllata dai Centri di neuropsichiatria infantile specializzati sull'ADHD. Nel marzo 2007 viene riammesso grazie alla declassificazione dalla Tabella I, che include le sostanze stupefacenti e psicotrope, alla Tabella IV in quanto farmaco sottoposto a monitoraggio intensivo. Con questo *escamotage* viene così permessa la vendita in farmacia. È disponibile in tre formulazioni: rilascio immediato, lento rilascio e rilascio modificato con attività prolungata.

Lo Strattera (ATX) viene indicato nei casi di comorbidità, in specifico quando viene associato a ansia, depressione, sintomi oppositivo-provocatori, bipolarismo, aggressività, DSA.

Gli effetti collaterali più gravi (cardiovascolari) vengono definiti "transitori" consigliando però un'attenta valutazione da parte degli specialisti.

Le ricette di entrambe le molecole devono essere accompagnate da un Piano terapeutico semestrale personalizzato e compilato dai Centri accreditati ADHD, al fine di evitare l'uso improprio di sostanze psicotrope.

18. *Protocollo diagnostico...* [cit.], p. 13

19. E. GERMINARIO [ET AL.], *Registro nazionale dell'ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder): dati dal 2007 al 2016*, Roma, Istituto superiore di sanità, 2016. (Rapporti ISTISAN 16/37) [In rete] http://old.iss.it/binary/adhd/cont/Registro_nazionale_dell_ADHD_2007_2016.pdf.

20. *Linee-guida...* [cit.], p. 5

21. *Registro nazionale...* [cit.], p.13

22. Le citazioni che seguono sono tratte da *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana* (Milano, Feltrinelli, 2005) del sociologo Frank Furedi che analizza l'affermarsi della cultura terapeutica in ogni ambito dell'esistenza anche quando questa non viene forzatamente medicalizzata; presenta le percezioni attuali riguardo alla quotidianità che ridefiniscono anche il significato del valore attribuito al concetto di personalità o di dignità umana, in quanto viene ricondotto all'accordo terapeutico, anziché alla capacità di discernere in autonomia. A suo parere questo conformismo emotivo, indotto da una gestione politico-sociale, si tramuta in un "governo delle anime" più pervasivo e sottile di quanto abbiano saputo fare le ideologie o le religioni. «La terapia oggi è uno strumento di sopravvivenza [...] non promette la guarigione ma un permanente stato di convalescenza.»; «La terapia insegna a stare al proprio posto.»; «La terapeutica distoglie la gente dall'impegno sociale inducendola a rivolgersi verso la propria interiorità.»; «Diffondendo un senso di vulnerabilità, impotenza e dipendenza [...] promuove la virtù della dipendenza dall'autorità.»

23. *Registro nazionale...* [cit.], p.10

24. Il documentario di Alison Klaiman *Hai preso le pillole? (Take your pills)*, USA, 2018, testimonia quanto questa tendenza negli USA sia largamente diffusa.

25. Cfr. A. GOUSSOT, *I rischi della medicalizzazione nella scuola. Paradigma clinico-terapeutico o pedagogico?*, «Educazione democratica», n. 9, gennaio 2015, Del Rosone, pp. 25-30.

26. A. SCHWARZ, *The Selling Of Attention Deficit Disorder*, «New York Times», 14/12/2013. [In rete] https://www.nytimes.com/2013/12/15/health/the-selling-of-attention-deficit-disorder.html?_r=0.

A. FRANCES, *Keith Conners, Father of ADHD, Regrets Its Current Misuse*, «Huffington Post», 28/03/2017. [In rete] https://www.huffingtonpost.com/allen-frances/keith-conners-father-of-adhd_b_9558252.html?guccounter=1.

27. Intervista a Keith Conners nel video di presentazione del *Conners 3rd edition - Manual*, MHS, 2015. [In rete] <https://www.mhs.com/MHS-Assessment?prodname=conners3>, <https://www.youtube.com/watch?v=TV4XbhTlzc&t=>.

28. J. BLECH, *Schwermut ohne Scham*, «Der Spiegel», 06/2012. [In rete] <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-83865282.html>.

29. Per un quadro d'insieme con esempi, elaborato dalla psicologa e ricercatrice dell'Università di Padova Anna Maria Re: <https://disturbiapprendimento.myblog.it/media/01/00/1379102928.pdf>. Altri esempi in: <http://www.istruzione.lombardia.gov.it/sondrio/wp-content/uploads/2012/06/Seminario-ADHD-scuole.pdf>.

30. http://www.icscanegrate.gov.it/uploads/files/LA_SCALA_SDAI.pdf.

31. L'editrice Erickson ha raccolto in *BIA - Batteria italiana per l'ADHD* del 2010 (a cura di G.M. Marzocchi, A.M. Re, C. Cornoldi) questionari e scale di valutazione per tutti i gusti e per tutte le età, approvati o meno dai protocolli: *Test delle ranette*, *Test per l'attenzione auditiva*, *Stroop numerico*, *Test di Completamento alternativo di frasi*, *Test di Memoria Strategia Verbale*, *Test di Impulsività*, *Test di attenzione visiva* e molti altri.

32. Si veda la pagina *web* dell'editore Giunti Psicometrics: «11 febbraio - giornata mondiale del malato - [...] Approfitta della promozione del -15% sui test dell'area del nostro catalogo salute mentale - disturbi clinici. Approfittane!». In: <https://www.giuntios.it/promo-test-disturbi-clinici/?page=2>.

33. Per un elenco di tutte le circolari aggiornato al 2013: http://www.aidaiassociazione.com/circolari_MIUR.htm.

34. MIUR, circolare n. 1968, 2009

35. ID., circolare n. 4226/P4°, 2008

36. A chiarirlo è una recente sentenza del Consiglio di Stato (n. 567/2017) che fa seguito a un'altra, di poco precedente, sentenza della Cassazione (n. 6185/2017).

37. «La Regione pone il divieto dei test ADHD nelle scuole e tutela i bambini dall'abuso di sostanze psicofarmacologiche», tratto dalla legge della Regione Piemonte n. 21 del 06/11/2007 [In rete] <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/214-percorso-cronicitadownload=5697:legge-regionale-6-novembre-2007-n-21-norme-in-materia-di-uso-di-sostanze-psicotrope-su-bambini-e-adolescenti>.

38. «È vietato all'interno delle scuole dell'obbligo di ogni ordine e grado effettuare test e questionari relativi allo stato psichico ed emozionale degli alunni fatti salvi, in via eccezionale, i casi ritenuti indispensabili dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari. [...] Gli interventi [...] possono avvenire esclusivamente all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private autorizzate sotto lo stretto controllo di operatori sanitari qualificati e previo obbligatorio consenso informato del soggetto avente potestà sul minore», tratto dalla legge della Provincia autonoma di Trento n. 4 del 6 maggio 2008. [In rete] https://www.consiglio.provincia.tn.it/leggi-e-archivi/codice-provinciale/archivio/Pages/Legge%20provinciale%206%20maggio%202008,%20n.%204_17935.aspx.

39. MIUR-USR per l'Emilia-Romagna, circolare n. 22238 del 16 novembre 2017. [In rete] http://istruzioneer.gov.it/wp-content/uploads/2018/03/Protocollo_RER-Ufficio_scolastico.pdf. Bisogna inoltre sottolineare che an-

che i Sindaci hanno facoltà, tramite atti di indirizzo, di invitare i Consigli d'istituto scolastici al divieto di distribuzione di questionari sulla base del principio che gli ambiti operativi medico/sanitari e quelli didattici debbano rimanere distinti.

40. Cfr. a tal proposito le pagine della cosiddetta «Relazione Falcucci» «concernente i problemi scolastici degli alunni handicappati», presentata al Parlamento italiano nel 1975 dalla Commissione ministeriale presieduta dalla senatrice Franca Falcucci. Le poche e chiare pagine di quel testo coglievano appieno lo spirito, i principi e le idee che attraversavano il partecipato dibattito di quegli anni e indicavano le vie di attuazione al sogno di una scuola che doveva «contribuire in modo decisivo al superamento di ogni situazione di emarginazione umana e culturale e sociale che abbia la sua radice nel mancato sviluppo delle potenzialità del soggetto». Pagine che esplicitano la progressione storica dell'approccio a questo argomento e offrono un valido confronto con la situazione odierna. [In rete] <http://www.edscuola.it/archivio/didattica/falcucci.html>.

41. Cfr. i dati del 2014/15 in MIUR - Ufficio di Statistica, *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità a.s. 2014/2015*, 2015, p. 6. [In rete] http://www.istruzione.it/allegati/2015/L'integrazione_scolastica_degli_alunni_con_disabilita_as_2014_2015.pdf, in confronto con quelli del 2016/17 in MIUR - Ufficio Statistica e Studi, *I principali dati relativi agli alunni con disabilità per l'a.s. 2016/2017*, 2018, p. 3 [In rete] http://www.miur.gov.it/documents/20182/0/FOCUS_I+principali+dati+relativi+agli+alunni+con+disabilit%C3%A0_a.s.2016_2017_def.pdf/1f6eeb44-07f2-43a1-8793-99f0c982e422.

42. *Le risorse le abbiamo, sono i bambini stessi*, «Conflitti. Rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogica», n. 3, 2017, p. 43.

43. Cfr. C. MARINO [ET AL.], *A locus on 15q15-15qter influences dyslexia: further support from a transmission disequilibrium study in an Italian speaking population*, «Journal of Medical Genetics», n. 41, 2004, pp. 41-46.

44. MIUR - UFFICIO DI STATISTICA E STUDI, *Gli alunni con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nell'a.s. 2016/2017* [In rete] http://www.miur.gov.it/documents/20182/991467/FOCUS_Alunni+con+DSA_a.s.+2016_2017_def.pdf/9af5872b-4404-4d56-8ac1-8ffdbee61ef4?version=1.0.

45. MIUR, *Linee-guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con Disturbi Specifici di Apprendimento* [In rete] http://www.disabili.unige.it/wp-content/uploads/2011/11/linee_guida_sui_dsa_12luglio2011.pdf.

46. Per approfondimenti: M. WOLF, *Proust e il calamaro. Storia e scienza del cervello che legge*, Milano, Vita e pensiero, 2008.

47. MINISTERO DELLA SALUTE - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Consensus conference - Disturbi specifici dell'apprendimento*, 2011 [In rete] https://www.aiditalia.org/Media/Documents/consensus/Cc_Disturbi_Apprendimento.pdf.

48. Cfr., ad esempio, Regione Toscana, delibera DGR 1321 del 27/11/2017 [In rete] <https://alt.fli.it/2017/12/29/delibera-regionale-n-1321-del-27112017/>.

49. M. SANTERINI, *Diamo a ciascuno il tempo di cui ha bisogno*, in «Conflitti. Rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogica», n. 3, 2017, p. 32.

50. Per anni nelle scuole italiane è stata imposta un'applicazione indiscriminata dei Piani personalizzati anche ai BES-non DSA, esasperando a volte ciò che direttive e circolari affermavano. Si è però anche verificato che alcuni Consigli di classe, particolarmente combattivi ed esposti al rischio di ritorsione da parte di presidi o di contrasti con le famiglie, abbiano scelto di esercitare fino in fondo le proprie prerogative di educatori e quindi di avvalersi dell'unico, misconosciuto, appiglio rimasto loro a disposizione: la parte della circolare 2563 del 22 novembre 2013 che afferma testualmente: «Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità o di DSA, il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione. È quindi peculiare facoltà dei Consigli di classe o dei team docenti individuare – eventualmente anche sulla base di criteri generali stabiliti dal Collegio dei docenti – casi specifici per i quali sia utile attivare percorsi di studio individualizzati e personalizzati, formalizzati nel Piano Didattico Personalizzato, la cui validità rimane comunque circoscritta all'anno scolastico di riferimento».

51. MIUR, circolare n. 1143 del 17 maggio 2018.

52. *Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005-2012*, uscito sul n. 26, marzo 2016. [In rete] È disponibile l'abstract con i dati in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26970020>.

53. *Psychotropic medicine prescriptions in Italian youths: a multiregional study*, «European Child and Adolescent Psychiatry», n. 25, marzo 2016. [In rete] È disponibile l'abstract con i dati in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016693>.

54. Uscito per le edizioni «Il pensiero scientifico» di Roma, 2015. La presentazione online si trova in <http://www.marionegri.it/Psicofarmaci+nell%27et%C3%A0+evolutiva/81444,News.html>.

55. L. CUPPINI, *Antidepressivi a bambini e ragazzi - Il rischio (alto) di terapie sbagliate*, «Corriere della sera», 21 marzo 2016. [In rete] http://www.corriere.it/salute/pediatria/16_marzo_10/antidepressivi-bambini-ragazzi-rischio-alto-inappropriatezza-959fdc72-e6cb-11e5-877d-6f0788106330.shtml.

56. L'esperienza dell'asilo di Porta Ticinese a Milano nasce dai controcorsi di pedagogia sulla "pratica non autoritaria nella scuola" tenuti all'Università di Milano nell'atmosfera del Sessantotto studentesco. A partire da quell'autogestione si innescò un dibattito assai vasto che, sull'onda delle contestazioni degli anni Settanta, trovò un terreno favorevole e diede il via a sperimentazioni di questo tipo anche nella scuola primaria e secondaria di primo grado. Le tracce di queste esperienze si ritrovano in: *L'erba voglio. Pratica non autoritaria nella scuola* (a cura di E. Fachinelli, L. Muraro Vaiani e G. Sartori), Torino, Einaudi, 1971; nella rivista bimestrale: «L'erba voglio», Milano, Nessi, 1971-1977; nell'antologia della rivista: *L'erba voglio. Il desiderio dissidente*, (a cura di Lea Melandri), Milano, Baldini&Castoldi, 1998. Ulteriori risorse in rete <http://www.aspi.unimib.it/collections/collection/detail/49/>.

57. Nelle scuole libertarie e nelle scuole pubbliche ispirate a una didattica attiva (ad esempio le sperimentazioni montessoriane più aggiornate) il rapporto fra metodologie d'insegnamento e tipologie di apprendimento è in continua sinergia tanto da coinvolgere tutti i protagonisti dell'esperienza educativa evitando così soluzioni programmatiche verticistiche.

Scrivendo Alexander Neill: «Il compito dell'insegnante è semplice: scoprire qual è l'interesse di un fanciullo e aiutarlo ad esaudirlo».

Alcune testimonianze di ragazze e ragazzi che frequentano la scuola libertaria Kether di Verona:

«Sono venuto a Kether, in una scuola libertaria che ho imparato a chiamare, più compiutamente, comunità auto-educante libertaria, perché in altre scuole ti obbligano a fare quello che non vuoi fare.»

«A Kether autonomia significa farsi regole da sé.»

«Regole che incidono sulla vita reale e che aiutano il bene comune della nostra scuola libertaria.»

«Fare quello che si vuole, certo, però rispettando le regole, che sono idee nostre, discusse in Assemblea.»

«Vengo a scuola volentieri e, anche quando c'è festa e la scuola è chiusa, vorrei che ci fosse la possibilità di frequentare la nostra piccola comunità auto-educante.»

Da «Sicilia libertaria», febbraio 2018, pag.7.

Un pregiudizio descrive bambine e bambini in quanto incapaci di apprendere (di stare attenti a scuola) se non guidati o costretti. Le esperienze di educazione libertaria dimostrano il contrario: ragazze/i svogliate/i nelle scuole istituzionali, quando si trasferiscono in ambienti che rispettano i loro tempi e le loro scelte, anche se inizialmente faticano ad ambientarsi, pian piano trasformano la propria riluttanza allo studio imposto in responsabilità, acquisendo capacità nell'esprimere interessi, curiosità e insaziabile impegno verso gli ambiti della conoscenza. Esprimono un bisogno di autovalutazione e autodisciplina grazie al dialogo e al confronto positivo, imparano a nutrire la propria mente in un contesto nel quale perdono di significato i premi o i castighi, non si percepiscono frustrazioni e l'individuazione autocritica di difetti, lacune e capacità rientrano in un impegno attivato in sinergia con tutte le persone coinvolte nell'esperienza educativa.

BIBLIOGRAFIA

- Dislessia e altri DSA a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti*, Trento, Erickson, 2013
- Antonucci, Giorgio, *Il pregiudizio psichiatrico*, Milano, Elèuthera, 1989
- Id., *Critica al giudizio psichiatrico*, Roma, Sensibili alle foglie, 1993
- Id., *Pensieri sul suicidio*, Milano, Elèuthera, 1996
- Id., *Diario dal manicomio. Ricordi e pensieri*, Milano, Spirali, 2008
- Basaglia, Franco (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968
- Benini, Arnaldo, *La coscienza perfetta. Le neuroscienze e il significato della vita*, Milano, Garzanti, 2012
- Bernardi, Marcello, *Il nuovo bambino*, Milano, Fabbri, 1972
- Id., *Discorso a un bambino*, Librerie ragazzi, 1978
- Berzano, Luigi, Prina Franco, *Sociologia della devianza*, Roma, La nuova Italia scientifica, 1995
- Bonati, Maurizio, *Psicofarmaci in età evolutiva. Guida pratica basata sulle scienze*, Roma, Il pensiero scientifico, 2017
- Breggin, R. Peter, *La sospensione degli psicofarmaci. Un manuale per i medici prescrittori, i terapeuti, i pazienti e le loro famiglie*, Roma, Fioriti, 2018
- Bucalo, Giuseppe, *Dietro ogni scemo c'è un villaggio*, Ragusa, Sicilia punto elle, 1990
- Bucalo, Giuseppe, *DIZIONARIO antipsichiatrico. Esplorazioni e viaggi attraverso la follia*, Ragusa, Sicilia punto elle, 1997
- Id., *Sentire le voci. Guida all'ascolto*, Ragusa, Sicilia punto elle, 1998
- Canguilhem, Georges, *Il normale e il patologico*, (1966), Torino, Einaudi, 1998
- Caretti, Vincenzo, *Le radici dell'esperienza: dalla fenomenologia di Laing alla critica della psicoanalisi*, Roma, Astrolabio, 1982
- Ciacci, Margherita, Gualandi, Vittoria (a cura di), *La costruzione sociale della devianza*, Bologna, Il mulino, 1977
- Clastres, Pierre, *La società contro lo stato*, Milano, Feltrinelli, 1977
- Id., *Archeologia della violenza*, Milano, La salamandra, 1982
- Codello, Francesco, *Vaso, creta o fiore?*, Milano, Elèuthera, 2005
- Id., *La buona educazione. Esperienze libertarie e teorie anarchiche in Europa da Godwin a Neill*, Milano, Franco Angeli, 2005
- Id., Stella, Irene, *Liberi di imparare*, Firenze, Terra nuova, 2011
- Codello, Francesco, *La campanella non suona più*, Milano, Elèuthera, 2015
- Collettivo antipsichiatrico Antonin Artaud, *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute*, Roma, Sensibili alle foglie, 2014
- Cooper, David, *Il linguaggio della follia*, Milano, Feltrinelli, 1979
- Covini, Valeria (a cura di), *Ascoltare i bambini*, Milano, Fabbri, 2003
- Denti, Roberto (a cura di), *Conversazione con Marcello Bernardi. Il libertario intollerante*, Milano, Elèuthera, 1991
- Dolci, Danilo, *Dal trasmettere del virus del dominio al comunicare della struttura creativa*, Casale Monferrato, Sonda, 2011
- Ermini, Rino, *La mia scuola. Come era e come l'avrei voluta*, Ragusa, La fiaccola, 2018
- Fachinelli, Elvio [et al.] (a cura di), *L'erba voglio. Pratica non autoritaria nella scuola*, Torino, Einaudi, 1971

- Foucault, Michel, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, (1963), Torino, Einaudi, 1969
- Id., *Storia della follia nell'età classica*, (1972), Milano, Rizzoli, 2008
- Id., *Poteri e strategie. L'assoggettamento dei corpi e l'elemento sfuggente*, Milano, Mimesis, 1994
- Frances, Allen, *Primo non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Torino, Bollati Boringhieri, 2013
- Furedi, Frank, *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, Milano, Feltrinelli, 2005
- Jaccard, Roland, *La follia*, Bologna, Zanichelli, 1980
- Lacan, Jacques, *Scritti. Voll. I e II*, (1966), Torino, Einaudi, 2002
- Lewontin, Richard, *Il sogno del genoma umano e altre illusioni della scienza*, Bari, Laterza, 2004
- Melandri, Lea, *Il desiderio dissidente. Antologia della rivista "L'erba voglio" (1971-1977)*, Milano, Baldini e Castoldi, 1998
- Mele, Giorgio, *Per la scuola di tutti. Breve storia della scuola italiana*, Roma, Ediesse, 2014
- Mereu, Italo, *Storia dell'intolleranza in Europa*, Milano, Bompiani, 1988
- Minelli, Paola, D'Oronzo, Maria Rosaria, *Sorvegliato mentale. Effetti collaterali degli psicofarmaci*, Torino, Nautilus, 2009
- Neill, Alexander S., *Summerhill. Un'esperienza educativa rivoluzionaria*, (1960), Milano, Rizzoli, 1979
- Novara, Daniele, *Non è colpa dei bambini*, Milano, Rizzoli, 2017
- Ongaro Basaglia, Franca, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, Milano, Il Saggiatore, 1982
- Papi Andrea, *Quando ero "la tata coi baffi". Educare e autoeducarsi*, Ragusa, La fiaccola, 2011
- Id. (a cura di), *Educazione alla libertà. Atti del convegno di Castel Bolognese (22 ottobre 2017)*, Ragusa, La fiaccola, 2018
- Pinto, Valeria, *Valutare e punire. Una critica della cultura della valutazione*, Napoli, Cronopio, 2014
- Petti, Gabriella, *Il male minore. La tutela dei minore stranieri come esclusione*, Verona, Ombre corte, 2004
- Porter, Roy, *Storia sociale della follia*, Milano, Garzanti, 1991
- Rapoport L. Judith, Ismond R. Deborah, *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza* (edizione italiana a cura di Caretti Vincenzo, Dazzi Nino, Rossi Romolo), Milano, Masson, 2000
- Ravasini, Carlo, *La follia contestata: da Freud a Laing*, Rimini, Guaraldi, 1977
- Ristich de Groote, Michèle, *La follia attraverso i secoli*, Roma, Tattilo, 1973
- Russell, Jacoby, *L'amnesia sociale: critica della psicologia conformista da Adler a Laing*, Milano, Di comunità, 1978
- Saba Sardi, Francesco, *Nascita della follia*, Milano, Mondadori, 1975
- Schatzmann, Morton, *La famiglia che uccide*, Milano, Feltrinelli, 1973
- Shorter, Edward, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al prozac*, Milano, Masson, 2000
- Spring, Joel, *L'educazione libertaria*, Milano, Elèuthera, 1992
- Szasz, Thomas S., *Il mito della malattia mentale*, (1974), Milano, Spirali, 2003
- Id., *I manipolatori della pazzia. Studio comparato dell'inquisizione e del movimento per la salute mentale in America*, Milano, Feltrinelli, 1976
- Whitaker, Robert, *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*, Roma, Giovanni Fioriti, 2013
- Wolf, Marianne, *Proust e il calamaro. Storia e scienza del cervello che legge*, Milano, Vita e pensiero, 2012

SIGLE

ADD Attention Deficit Disorder (Disturbo da Deficit di Attenzione)

ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività)

AIDAI Associazione Italiana Disturbo dell'Attenzione e Iperattività

AIFA Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA Associazione Italiana Familiari ADHD

AITEC Associazione Italiana Terapia Elettro Convulsivante

APA American Psychiatric Association

ASL Azienda Sanitaria Locale

ATX Atomoxetina (nome commerciale Strattera)

BDZ Benzodiazepina

BES Bisogni Educativi Speciali

CD Disturbo della Condotta

CHADD Children with Hyperactivity/Attention Deficit Disorder

CIM Centro d'igiene mentale

CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche

CUF Commissione Unica del Farmaco

DDDU Disturbo da Disregolazione Distruttiva dell'Umore

DEA Drugs Enforcement Administration

DL Decreto legge

DM Decreto ministeriale

DMDD Disordine Dirompente da Disregolazione dell'Umore

DNA Deoxyribo Nucleic Acid

DOP Disturbo Oppositivo Provocatorio

DSA Disturbi Specifici dell'Apprendimento

DSM Diagnostic Statistic Manual

EBE Evidence Based Education

ECT Electro Convulsivant Therapy

FDA Food and Drugs Administration

GLHO Gruppo di lavoro operativo sull'handicap

ICD International Classification of Diseases

ICF Classificazione internazionale del funzionamento delle disabilità e della salute

ICSPP International Center for the Study of Psychiatry and Psychology

INCB International Narcotics Control Board

ISS Istituto Superiore di Sanità

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica

LSD Lysergsäurediethylamid (Acido lisergico)
MIUR Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MPH Metilfenidato cloridrato (nome commerciale Ritalin)
NAS Disturbo Pervasivo dello Sviluppo
OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
PDM Psyc Dynamic Manual
PDP Piano didattico personalizzato
PEI Piano Educativo Individualizzato
PTSD Post Traumatic Stress Disorder (Sindrome, o disturbo, da stress post traumatico)
SINPIA Società Italiana di Neuro Psichiatria dell'Infanzia
SSN Servizio Sanitario Nazionale
STC Science and Tecnology Committee
TAC Tomografia Assiale Computerizzata
TDD Disregolazione da Temperamento con Disforia
TEC Terapia Elettro Convulsivante
TSO Trattamento Sanitario Obbligatorio