

IL PARENT TRAINING NEI MINORI CON DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

Parent Training in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

M. Allegretti
C. Grelloni
E. Scoccia
G. Mazzotta

U.O. Complessa Neuropsichiatria Infantile
e dell'Età Evolutiva, ASL 04, Terni

RIASSUNTO

Introduzione. Il *Parent Training* è il più noto tra gli interventi psicoeducativi di stampo cognitivo-comportamentale, indirizzati ai genitori dei minori con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). L'obiettivo del presente studio consiste nel valutare l'efficacia di questo training attraverso l'analisi dell'evoluzione del comportamento adattivo del minore, il grado di apprezzamento espresso dai partecipanti riguardo lo svolgimento degli incontri, e l'influenza del training sulla coppia genitoriale.

Metodi. Sono state seguite 46 coppie di genitori di bambini e ragazzi con Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, utilizzando le tecniche cognitivo-comportamentali del *Parent Training* da settembre 2007 a settembre 2009. I dati elaborati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di tre scale di valutazione: la *Life Participation Scale for ADHD*, la *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training*, e il *Questionario sul Rapporto di Coppia*.

Risultati. Lo studio dell'evoluzione del comportamento adattivo, effettuato su 28 minori attraverso la *Life Participation Scale for ADHD*, mostrava in 25 soggetti un miglioramento significativo ($p < 0,0001$) alla fine del training, rispetto al punteggio basale. Il miglioramento registrato è stato inoltre confermato dal fatto che tra i 19 minori migliorati senza terapia farmacologica associata, soltanto in un minore (5%) è stato necessario introdurre il trattamento farmacologico dopo la fine del *Parent Training*. Il grado di soddisfazione dei partecipanti al *Parent Training*, ricavato attraverso la *Scala di Valutazione del Progetto Nazionale di Parent Training*, risultava essere molto elevato. Il *Questionario sul rapporto di coppia* infine rilevava come nell'86% dei casi il minore con ADHD era causa di discussioni nella coppia genitoriale, e come però alla fine del corso i genitori segnalavano una netta riduzione delle divergenze coniugali relative al minore con ADHD.

Discussione. I risultati, ottenuti su questo gruppo italiano, confermano l'efficacia del *Parent Training* nel migliorare l'interazione genitore-figlio e il funzionamento adattivo del minore. I risultati dimostrano inoltre l'efficacia del *Parent Training* nel ridurre le conflittualità familiari e coniugali, conseguenti alla patologia del minore.

SUMMARY

Introduction. *Parent Training* is the best known of the cognitive-behavioralist approaches aimed at parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This study attempts to evaluate the efficacy of this training by analyzing changes in the child's adaptive behaviour, the level of appreciation expressed by participants with regard to the conduct of the training sessions, and the training's influence on the parenting couple.

Methods. Forty-six couples of ADHD children were followed from september 2007 to september 2009, using cognitive-behavioralist *Parent Training* techniques. Data was gathered by way of three evaluative scales: the *Life Participation Scale for ADHD*, the *Evaluation Scale of the Italian National Parent Training Project* and a *Couple Relationship Questionnaire*.

Results. The degree of satisfaction, expressed by participants of demonstrated by the *Evaluation Scale of the Italian National Parent Training Project*, was very high. Analysis of changes in adaptive behavior, conducted on 28 children through the *Life Participation Scale for ADHD*, showed in 25 cases significant improvement ($p < 0,0001$) at the end of the training, regarding the beginning score. The recorded improvement has been moreover confirmed from the fact that between 19 childs improved without medical therapy associate, just in one child it has been necessary to introduce the medical treatment after the end of the training. Finally, the *Couple Relationship Questionnaire* revealed that in 86% of cases the child with ADHD was the cause of parental disagreements, but that at the end of the training parents signaled a reduction of conjugal conflicts related to child with ADHD.

Discussion. The results obtained on this Italian group confirm the efficacy of *Parent Training* in improving the adaptive functioning of the child and parent-child interaction, as well as in reducing family and conjugal conflict consequent to the child's disorder.

PAROLE CHIAVE

Parent Training - ADHD - Intervento psicoeducativo

KEY WORDS

Parent Training - ADHD - Psycho-educational intervention

INTRODUZIONE

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI), meglio noto secondo l'acronimo inglese "ADHD", è uno dei disturbi psichiatrici più frequenti ad esordio in età evolutiva. È una sindrome comportamentale caratterizzata da impulsività, incapacità di fissare l'attenzione in maniera continuativa e livelli di attività motoria molto accentuati, aspetti che risultano persistenti ed inappropriati rispetto al grado di sviluppo evolutivo del soggetto¹⁻³. È un disturbo con un rilevante impatto sociale, in considerazione dei comportamenti disturbanti che il bambino frequentemente tende a mettere in atto, e in considerazione della compromissione del suo funzionamento globale; gli ambienti in cui questi aspetti incidono con il massimo peso sono quello scolastico, e soprattutto quello familiare.

L'evidente complessità del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività motoria, richiede un intervento terapeutico multimodale, che integri gli interventi psicosociali con le terapie psicologiche e mediche^{4,5} e che sia rivolto a più soggetti: al bambino in primo luogo, ma anche alla famiglia e alla scuola, che sono i protagonisti dei quadri problematici che caratterizzano la clinica di questo disturbo.

I genitori in particolare subiscono le conseguenze della presenza pervasiva del disturbo del proprio figlio e sviluppano un elevato grado di stress, depressione, sensazione d'inadeguatezza e d'incapacità educativa, che spesso si ripercuote sull'armonia coniugale o l'isolamento sociale del nucleo familiare⁶. All'interno di questo quadro, in cui le interazioni familiari e sociali risultano compromesse, è necessario fornire un aiuto concreto e costante alle famiglie, solo così infatti queste potranno essere a loro volta un valido sostegno allo sviluppo evolutivo del bambino con ADHD. All'interno del più ampio programma terapeutico multimodale, sono molti gli interventi rivolti ai genitori, e tra questi uno dei più noti ed efficaci è quello di *Parent Training*⁵: questo intervento psicoeducativo di stampo cognitivo-comportamentale consente ai genitori di comprendere le caratteristiche del disturbo, di apprendere come gestire lo stress, come controllare e modificare i comportamenti problematici, e come supportare le attività di studio del proprio figlio. In questo modo, oltre a produrre effetti positivi sul funzionamento genitoriale

e familiare, i programmi di *Parent Training* hanno ampiamente dimostrato i loro effetti nella diminuzione dello stress genitoriale e nell'incremento dell'autostima⁷. Secondo lo schema di Anastopoulos⁷, negli interventi di *Parent Training* sono previste due fasi: la fase "informativa" e la fase "formativa", a ciascuna delle quali sono dedicati specifici incontri.

La fase "informativa" propone l'approfondimento della conoscenza del disturbo e dei possibili interventi terapeutici; l'illustrazione delle modalità di partecipazione al programma e la strutturazione di appropriate aspettative; l'introduzione del modello processuale del conflitto genitore/bambino e dei principi basilari di gestione del comportamento. La fase "formativa" si propone di fornire ai genitori una serie d'indicazioni pratiche su come affrontare quotidianamente le problematiche più comuni per questi bambini e le loro famiglie. Questa fase aiuta il genitore a rafforzare le proprie competenze nella gestione delle emozioni, la propria capacità di *problem solving* e di comunicazione efficace. Stimola il genitore nell'acquisizione delle capacità di utilizzare le strategie comportamentali, volte a incrementare i comportamenti positivi dei figli tramite le tecniche di gestione dei rinforzi, il modellamento del comportamento, e il "contratto educativo"; riduce la frequenza dei comportamenti-problema tramite le tecniche di estinzione e di costo della risposta. Gli incontri dedicati alla formazione prevedono una preliminare discussione sull'esperienza dei genitori nella realizzazione dell'obiettivo indicato dai conduttori al termine dell'incontro precedente: il fine è quello di individuare i fattori emotivi e pratici, che hanno ostacolato lo svolgimento delle attività programmate, in modo tale da fornire i suggerimenti adeguati per il proseguo delle stesse. Solo quando i genitori riferiranno un adeguato utilizzo della strategia sarà possibile passare alla fase successiva. Il programma prevede che, oltre alle nuove tecniche apprese nella specifica fase, i genitori continuino ad esercitare le pratiche educative precedentemente acquisite. Il programma di *Parent Training* si conclude con una fase di discussione in merito alla situazione scolastica, vengono chiariti i diritti del bambino, e si spiega che si può modificare l'ambiente in collaborazione con gli insegnanti, per adattarlo meglio alle caratteristiche del disturbo. Completata quest'ultima fase di training, vengono riassunti

tutti i punti focali del programma e si chiede ai genitori di fornire un feedback sull'esperienza; a distanza di un mese dalla conclusione è consuetudine fissare con i genitori almeno un incontro, con l'obiettivo di misurare e valutare il mantenimento dei cambiamenti nel tempo. Nel presente lavoro riportiamo le osservazioni effettuate presso il "Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la terapia dell'ADHD", con sede in Terni.

MATERIALI E METODI

Sono stati seguiti i genitori di bambini e ragazzi con sindrome ADHD, utilizzando le tecniche cognitivo-comportamentali del *Parent Training*⁵ da settembre 2007 a settembre 2009. Sono stati effettuati 4 cicli di training, in ciascuno dei quali sono stati seguiti due gruppi di genitori con figli di età differenti, per un totale di 46 coppie con età media dei figli di 9 anni e 6 mesi. Si sono tenuti 9 incontri di 1 ora e 30 minuti l'uno, con cadenza quindicinale. Al primo e al nono incontro sono stati somministrati 3 differenti test: la *Life Participation Scale for ADHD*⁸, la *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training* ("A. I. F. A.": Associazione Italiana Famiglie ADHD; "A.I.D.A.I.": Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività), e il *Questionario sul Rapporto di Coppia*. La *Life Participation Scale for ADHD* (Fig. 1) è stata somministrata agli ultimi tre cicli di *Parent Training* per 28 coppie delle 46 totali, e permette ad ogni genitore di valutare l'evoluzione del funzionamento adattativo del proprio figlio durante il corso del training. È una scala che fornisce un importante strumento di valutazione per i cambiamenti adattativi, che si verificano nel comportamento del minore durante il trattamento dell'ADHD. Offre al genitore l'opportunità di riflettere su 11 comportamenti caratteristicamente problematici per i bambini con diagnosi di ADHD. Attraverso questa scala i genitori hanno valutato il comportamento dei loro figli all'inizio e alla fine del *Parent Training*. Per ogni bambino sono stati confrontati i punteggi risultanti dal questionario compilato all'inizio del training, con quelli del questionario finale; questo ha permesso di osservare i miglioramenti della funzionalità globale del bambino, quindi della sua qualità di vita e di quella della famiglia. È stata ricercata la significatività statistica dei miglioramenti ottenuti su 3 differenti

campioni di popolazione: sull'intera popolazione di minori, sui minori migliorati che non stavano effettuando terapia farmacologica, e sui minori migliorati che stavano assumendo il farmaco. La seconda parte dell'elaborazione dei dati è stata dedicata alla *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training*, scala strutturata in 12 items, che fa parte del materiale inserito dalle associazioni "A.I.F.A" e "A.I.D.A.I." nel "*Progetto Nazionale Parent Training*". Il questionario, che è stato somministrato ai genitori partecipanti alla fine di ognuno dei 4 cicli di training per 38 coppie delle 46 totali, permette loro una valutazione globale del corso lasciando spazio a suggerimenti e critiche, utili al fine di adeguare il training alle reali esigenze delle famiglie. Attraverso i risultati ottenuti, è stato possibile ricavare un *Indice di soddisfazione* per alcuni items ritenuti significativi, che esprime il grado di apprezzamento che i genitori hanno dimostrato avere nei confronti del corso di training appena concluso. Nel corso dell'ultimo ciclo di training è stato infine introdotto un nuovo questionario: il *Questionario sul Rapporto di Coppia*. Tale test è stato elaborato prendendo spunto dalla recente letteratura⁹, che suggerisce come il rapporto di coppia possa essere influenzato dal Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività di uno dei figli. Attraverso tre domande sono stati indagati alcuni importanti ambiti della relazione coniugale: 1) "Mio figlio è stato spesso causa di litigi con mio marito/moglie?"; 2) "Conoscere il problema del mio bambino mi ha aiutato a ridurre le divergenze con mio marito/moglie?"; 3) "Partecipando agli incontri ci siamo sentiti più vicini come coppia?". Ogni genitore ha avuto così l'occasione di riflettere sull'eventuale influenza che il quadro clinico ADHD del figlio ha avuto sulla propria relazione coniugale. Per l'elaborazione statistica dei dati raccolti attraverso la *Life Participation Scale for ADHD* è stata ricercata la significatività statistica con un intervallo di confidenza del 95%, utilizzando il *Paired samples t-test di Student* per saggiare l'uguaglianza delle medie applicato a coppie di osservazione per dati auto-appaiati (valori presi sugli stessi soggetti all'inizio e alla fine del training). Il presupposto per l'applicazione di questo tipo di test è che i dati si distribuiscano normalmente, e la verifica della distribuzione dei dati normali secondo una gaussiana è stata effettuata con il *test di Shapiro-Wilk*. Per

<i>Durante l'ultima settimana suo figlio/a...</i>	<i>Mai/ raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Molto spesso</i>
E' andato a letto senza difficoltà				
Si è svegliato di buon umore al mattino				
Ha parlato con un volume di voce appropriato				
E' stato calmo, ed ha controllato gli scatti di irascibilità				
E' stato affettuoso con lei o con gli altri				
E' stato divertente e piacevole per lei andare in giro con suo figlio/a				
E' stato accettato dai suoi coetanei nelle attività				
Ha fatto commenti socialmente adeguati				
Ha iniziato i compiti a casa senza che gli fosse detto di farlo				
E' stato consapevole, ma non distratto dalle cose che avvenivano intorno a lui/lei				
Ha riflettuto prima di agire (quando affrontava un problema)				

FIG. 1. *Life Participation Scale for ADHD* ⁶. La codifica prevede: MAI/RARAMENTE (0 punti); QUALCHE VOLTA (1 punto); SPESSO (2 punti), MOLTO SPESSO (3 punti).

l'elaborazione dei dati raccolti attraverso la *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training*, è stato ricavato un *Indice di soddisfazione*, attraverso il calcolo della media pesata delle risposte date dai genitori ad ogni quesito ritenuto significativo.

RISULTATI

I risultati ottenuti attraverso la *Life Participation Scale for ADHD* sono i seguenti: su 28 bambini, solo in 3 casi non sono stati osservati dal genitore dei miglioramenti nel proprio figlio. Tra i 25 casi migliorati, 6 assumevano anche terapia farmacologica: 4 *atomoxetina*, 1 *metilfenidato*, e 1 *sodio valproato* (Fig. 2). La ricerca della significatività statistica ha dimostrato l'avvenuto miglioramento ($p < 0,0001$) nel comportamento

adattivo dei minori registrato nell'intera popolazione (Fig. 3). La media di miglioramento, ottenuta nelle due sotto-popolazioni, registra una significatività statistica indipendentemente dal trattamento farmacologico associato (Fig. 4). Il miglioramento registrato è stato inoltre confermato dal fatto che, tra i 19 minori migliorati senza terapia farmacologica, soltanto in un minore (5%) è stato necessario introdurre il trattamento farmacologico dopo la fine del *Parent Training*. L'*indice di soddisfazione*, ottenuto attraverso l'elaborazione dei dati raccolti con la *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training*, ha registrato negli items considerati un valore compreso tra 1,9 e 3,9, che, in riferimento ai relativi range, dimostra un elevato grado di soddisfazione espresso dalle coppie di genitori partecipanti al corso (Tab. I). In ultima analisi sono stati presi in considerazione i dati raccolti attraverso

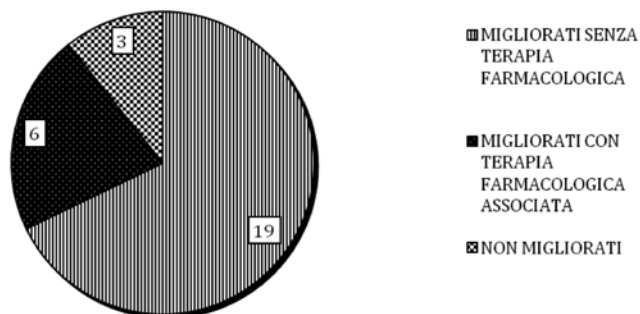


FIG. 2. Distribuzione dei pazienti in base al miglioramento e all'eventuale terapia farmacologica associata.

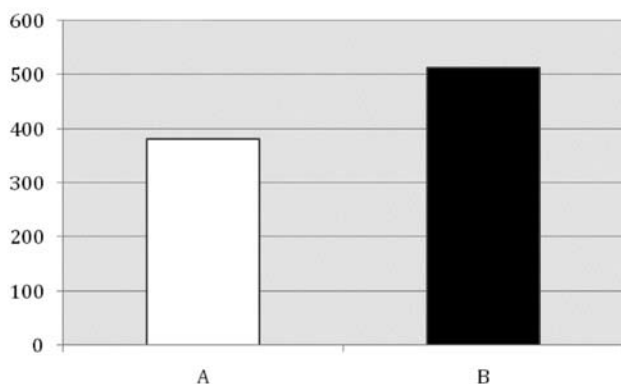


FIG. 3. Valori dei punteggi ottenuti nell'intera popolazione di minori (28 soggetti) alla *Life Participation scale for ADHD* ($p < 0,0001$), fra basale (A) e fine training (B).

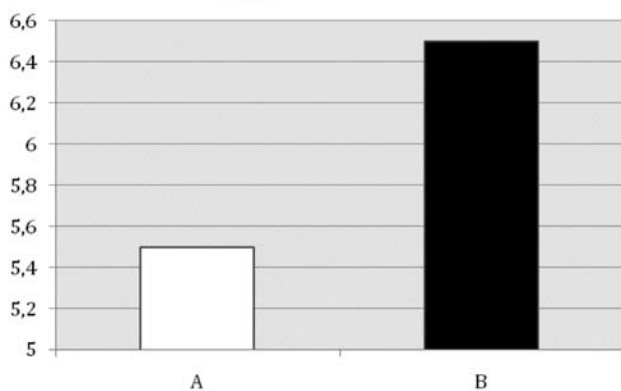


FIG. 4. Punteggio medio ottenuto alla *Life Participation Scale for ADHD* nella popolazione (A) di minori senza terapia farmacologica associata (19 soggetti; $p < 0,0001$) e nella popolazione (B) di minori con terapia farmacologica associata (6 soggetti; $p = 0,0023$).

il *Questionario sul rapporto di coppia*. All'interno del gruppo di 14 genitori a cui il questionario è stato somministrato, 12 (86%) ammettevano che il figlio era spesso causa di litigi nella coppia. Tutti (100%) affermavano anche che essere a conoscenza del problema li aiutava nel ridurre le divergenze con il partner, e che partecipare agli incontri del training li aiutava a sentirsi più vicini come coppia.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'analisi dei dati nel gruppo esaminato attraverso la *Life Participation Scale* ha dimostrato che il miglioramento del comportamento osservato in ogni minore, indipendentemente dai farmaci assunti, è concreto e statisticamente significativo. Questo dato conferma l'efficacia del *Parent Training* nel migliorare l'interazione genitore-figlio, e di conseguenza il funzionamento adattivo del minore. I risultati, dimostrano anche come i genitori, consigliati nel gestire il comportamento di figli dirompenti, raggiungono una maggiore consapevolezza delle proprie abilità, un ridotto livello di stress ed un maggiore senso di autostima e di competenza. È stata constatata una maggiore affidabilità ed efficacia delle tecniche illustrate nei gruppi dei genitori dei bambini della scuola elementare, per una maggiore adeguatezza dei temi trattati. I tre minori in cui non si è osservato miglioramento avevano infatti 14, 15 e 16 anni; ciò dimostra la minor appropriatezza ed efficacia del training per i genitori con figli adolescenti, in quanto gli argomenti affrontati sono risultati carenti delle tematiche relative alla gestione delle problematiche adolescenziali che in questi ragazzi sono spesso amplificate. L'indice di soddisfazione, registrato attraverso la *Scala di valutazione del Progetto Nazionale Parent Training*, risulta essere molto elevato, questo è un importante elemento che favorisce l'efficacia del training stesso. I suggerimenti raccolti attraverso questa scala propongono inoltre di allargare il training anche ai nonni e a quelle persone che trascorrono la maggior parte del tempo con i minori, una maggiore informazione e dialogo sulla terapia farmacologica, e un follow-up per continuare il confronto e l'approfondimento delle tematiche relative all'ADHD. Il *Questionario sul rapporto di coppia*, introdotto nell'ultimo ciclo di

TAB. I. Indice di soddisfazione ricavato dalla Scala di valutazione del Progetto Nazionale *Parent Training*.

Domanda 1: In relazione alle strategie proposte, ritieni che ci sia stato sufficiente spazio per tutti per esprimere le proprie esperienze ed, eventualmente, difficoltà nel metterle in pratica?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	0	0,0	0,0	Pochissimo
2	1	2,6	2,6	Poco
3	20	52,6	55,3	Abbastanza
4	17	44,7	100,0	Molto
	38	100,0		
Indice di soddisfazione		3,4	(range: 1-4)	
Domanda 2: Personalmente è riuscito a mettere in pratica le strategie proposte?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	4	10,5	10,5	No
2	34	89,5	89,5	Si
	38	100,0		
Indice di soddisfazione		1,9	(range: 1-2)	
Domanda 3: Se sì, considerando il poco tempo di sperimentazione come valuta i risultati da lei ottenuti?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	0	0,0	0,0	Inesistenti
2	0	0,0	0,0	Insufficienti
3	15	40,5	40,5	Sufficienti
4	17	45,9	86,5	Buoni
5	5	13,5	100,0	Ottimi
	37	100,0		
Indice di soddisfazione		3,7	(range 1-5)	
Domanda 5: Per lei quanto è stato importante confrontarsi con altri genitori che condividono le stesse problematiche?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	0	0	0	per nulla
2	0	0,0	0,0	Poco
3	2	5,7	5,7	Abbastanza
4	33	94,3	100,0	Molto
	35	100,0		
Indice di soddisfazione		3,9	(range: 1-4)	
Domanda 8: Ritieni utile la possibilità di organizzare il materiale avendo, a fine corso, una specie di dispensa rilegabile?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	0	0,0	0,0	Inutile
2	8	21,1	21,1	Abbastanza utile
3	30	78,9	100,0	Utile
	38	100,0		
Indice di soddisfazione		2,6	(range: 1-3)	
Domanda 9: Come giudica il lavoro svolto dai conduttori?				
Valutazione	N. risposte	Percentuale	Percentuale cumulativa	
1	0	0,0	0,0	Non adeguato
2	1	2,6	2,6	Discreto
3	6	15,8	18,4	Buono
4	31	81,6	100,0	Ottimo
	38	100,0		
Indice di soddisfazione		3,8	(range: 1-4)	

training, ha dimostrato l'efficacia del *Parent Training* nel ridurre le conflittualità conseguenti alla patologia del minore, infatti per la maggior parte dei genitori la conoscenza del problema e il confronto con il partner creava un ambiente familiare più sereno. In conclusione, l'esperienza del *Parent Training* conferma l'efficacia dell'intervento multimodale nell'ADHD

e indica come elemento migliorativo la necessità di dividere gli interventi di *Parent Training* per fasce di età, introducendo un corso specifico per i genitori degli adolescenti, alla luce del loro livello di sviluppo mentale, del desiderio di autonomia, di partecipazione alle decisioni della famiglia e del forte impatto con la realtà sociale, tipico della loro età.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva 1992.
- ² American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4thed. Text rev. (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association 2001.
- ³ Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente, ICD-10*. Masson: Milano 2003.
- ⁴ American Academy Child & Adolescent Psychiatry (AACAP). *Practice parameters for the use of stimulant medication in children, adolescent and adults*. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 2002;41:26S-49S.
- ⁵ Vio C, Marzocchi G, Offredi F. *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività, diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Trento: Erickson 2004.
- ⁶ Mazzotta G, Gallai B. *Disturbo da deficit attentivo ed iperattività. Vademecum per i genitori*. Assisi: Tipolito Properzio 2007.
- ⁷ Anastopoulos AD, Shelton TL, Du Paul GJ, et al. *Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning*. J Abnorm Child Psychol 1993;21:581-96.
- ⁸ Keith E, Saylor PH, Curtis M, et al. *Life Participation Scale for ADHD*. Physicians Postgraduate Press 2002.
- ⁹ Kienle X, Koerber S, Karch D. *Effectiveness of parent training for children with ADHD in routine clinical practice*, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2009;58:16-33.
- ¹⁰ Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, et al. *Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development*. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1996;35:1213-6.

Corrispondenza: Giovanni Mazzotta, U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva dell'ASL 04, viale VIII Marzo 7, 05100 Terni - Tel./Fax +39 0744 204506 - E-mail: mazzogio@unipg.it