

La testa altrove

Indagine sul Disturbo da Deficit
di Attenzione e Iperattività

ADHD

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

a cura di **Fulvio Campolongo**

© Editore Provincia Autonoma di Trento - IPRASE del Trentino
Tutti i diritti riservati

Prima pubblicazione giugno 2008

Stampa: Centro Duplicazioni della Provincia Autonoma di Trento

La testa altrove

Indagine sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività
ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)
a cura di Fulvio Campolongo

p. 258; cm 24

ISBN 978-88-7702-224-0

I materiali dell'iniziativa promossa dal Lions Club Rovereto Host vengono pubblicati nella collana Studi e Ricerche edita dall'IPRASE, in considerazione del ruolo che la scuola ha rispetto alle problematiche poste dall'ADHD.

L'insegnante, attraverso la conoscenza delle caratteristiche del disturbo, può essere in grado infatti di coglierne i primi segni e partecipare, con un ruolo attivo, nelle complesse dinamiche del trattamento.

L'approfondimento scientifico, l'approfondimento pedagogico, la ricerca di base, rappresentano non solo un utile strumento di conoscenza, ma anche uno stimolo per la diffusione di buone pratiche.

Seth Compton

*When I died, the circulating library
Which I built up for Spoon River,
And managed for the good of inquiring minds,
Was sold at auction on the public square,
As if to destroy the last vestige
Of my memory and influence.*

...

*“What is the use of knowing the evil
in the world?”*

*I am out of your way now, Spoon River,
Choose your own good and call it good..
For I could never make you see
That no one knows what is good
Who knows not what is evil;
And no one knows what is true
Who knows not what is false.*

*Quando fui morto la biblioteca circolante
che avevo costruito per Spoon River,
e diressi per menti indagatrici,
fu venduta all'asta sulla pubblica piazza
come per distruggere l'ultima vestigia
della mia memoria e della mia influenza.*

...

*“A che serve conoscere il male
del mondo?”*

*Mi sono tolto di mezzo, ora, Spoon River,
scegli il tuo bene e chiamalo tale.
Poiché non riuscii mai a farti capire
che nessuno sa che cosa è il bene
se non sa che cosa è il male;
e nessuno sa che cosa è vero
se non sa che cosa è falso.*

Spoon River Anthology, Edgar Lee Masters

IL PROGETTO

Presentazione	F. Campolongo	9
ADHD e il bisogno di network: la rete dei servizi	F. Bazzoli	17

IL CONVEGNO

I relatori		29
Introduzione al Convegno	F. Campolongo	31
Saluto delle Autorità		33
Prima sessione	B. Dalla Bernardina	41
Neurobiologia dell'ADHD	A. Zuddas, L. Lecca, C. Puddu	43
Il quadro clinico e la comorbidità del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività	G. Masi, S. Millepiedi, S. Berloffia, S. Pezzica	63
La neuropsicologia nell'ADHD: caratteristiche e valutazione	P. Bisiacchi, V. Tarantino	83
Il ruolo dei genitori: il parent training	F. Offredi	89
Il trattamento autoregolativo di gruppo delle problematiche attentive e comportamentali di bambini affetti da disturbo di attenzione/iperattività	T. Mattiuzzo, C. Vio	103
Seconda sessione	S. Calzolari	128
Il bambino iperattivo a casa: la famiglia	J. Rizzi Hueller	129
Il bambino iperattivo a scuola: come gestirlo	G. Sanna	135
Quali percorsi diagnostici e terapeutici in un servizio di neuropsichiatria infantile?	C. Barone, K. Rocchetti	145
L'indagine epidemiologica	P. Venuti	151
Discussione		155

I CORSI

Introduzione	F. Campolongo, G. Sanna	167
Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività	F. Bazzoli	171

La scuola e l'ADHD	G. Sanna	181
Aspetti neuropsicologici dell'ADHD	F. Campolongo	189

L'INDAGINE

La ricerca epidemiologica

in Vallalagarina	P. Venuti, P. Villotti	205
I Questionari	F. Campolongo	209
La Ricerca	G. Esposito, F. Campolongo, P. Venuti	219

APPENDICE

Locandina e depliant del convegno "La testa altrove"		235
Bambini con disattenzione e iperattività	a cura di A.I.D.A.I.	239
... hanno scritto		255
Ringraziamenti		257

Il Progetto

Presentazione

Fulvio Campolongo

Tornare a casa dalla scuola il giorno delle udienze era sempre molto difficile.

Ricordo ancora con affetto il viso di mia madre quando cercava di farmi capire l'importanza dello studio, la necessità di essere, con un termine moderno, adeguati all'ambiente scolastico. Allora, non capivo.

La vita, nel suo trascorrere, credo abbia riservato a mia madre quelle soddisfazioni che la mia infanzia le aveva negato.

Quanti genitori non hanno avuto quella fortuna? E quanti ragazzi non sono stati in grado di tenere il passo dei loro coetanei?

Credo che molti di noi ne conoscano.

Anni fa mi è capitato di leggere un articolo di Cesare Cornoldi: *La testa altrove, Il Disturbo da Deficit di Attenzione* (in "Psicologia contemporanea" n. 147; 1998).

Nel 2000, la Società Medico Chirurgica Roveretana ha organizzato un incontro pubblico alla Sala Filarmonica di Rovereto sul Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD). L'intento era quello di creare un dibattito attorno a questo problema. In quella occasione ottenemmo un grande successo di pubblico, in particolare erano presenti molti insegnanti delle scuole elementari e medie. Si pensava che l'incontro con esperti fosse sufficiente per stimolare un dibattito all'interno della realtà scolastica e familiare. Così non è stato ed ora lo possiamo considerare un intervento estemporaneo con scarsi effetti indotti.

A distanza di qualche anno è riemersa l'esigenza di proporre, attorno a questo tema un intervento più organico, frutto di un progetto più strutturato all'interno del quale una attenta pianificazione consentisse uno sviluppo più efficace.

Il Club Lions, per mission e capacità organizzativa, ha saputo cogliere questo stimolo, l'ha fatto proprio e si è impegnato non solo con una precisa vision, una conseguente mission ma, soprattutto, con una terza componente che in un club di servizio non può mancare: la passion.

È così che il Lions Club Rovereto Host, di cui faccio parte, mi ha affidato la responsabilità di questo service sul Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività. La scelta del nome, la Testa Altrove, ci sembrava ben rappresentare il mondo di questi bambini e l'aereoplanino che volazza libero, una rappresentazione grafica appropriata.

Un service ambizioso, molto articolato, dove gli attori erano i più diversi, tutti con ruoli differenti, chiamati a doversi confrontare con l'ADHD: in primo luogo i sanitari, poi gli insegnanti, i genitori, le istituzioni.

È forse in questa variegata rappresentanza di figure coinvolte che si annida la difficoltà di una interazione proficua attorno all'ADHD e che ha fatto sì che spesso le problematiche siano state affrontate con scarso dialogo, approfondimento e, talvolta, polemiche.

Ecco allora manifestarsi l'esigenza di una lettura complessiva del fenomeno ADHD avvalendosi delle migliori competenze con lo scopo di parlarne con cognizione di causa, al di là di facili slogan qualunquistici, sicuramente di soddisfazione per chi li inventa, ma certamente fonte di confusione e perplessità.

Progetto ambizioso, "indagine", che non poteva non basarsi su solidi presupposti scientifici. A questo fine è stato istituito un comitato scientifico e il primo aspetto affrontato è stato quello di legittimare da un punto di vista scientifico il percorso che avevamo intrapreso nella consapevolezza della delicatezza dell'argomento che andavamo ad affrontare soprattutto rispetto all'indagine epidemiologica.

Abbiamo pertanto sottoposto l'iniziativa al Comitato etico per le sperimentazioni cliniche dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Ottenuto parere favorevole dal Comitato etico abbiamo strutturato un programma di sviluppo che coinvolgesse le diverse realtà: sanità, scuola e famiglia, e si articolasse in tre momenti fondamentali:

- organizzazione di un convegno
- effettuazione di corsi per insegnanti
- effettuazione di una indagine epidemiologica.

CONVEGNO

Il convegno si è svolto il **26 maggio 2007** ed è stato organizzato in collaborazione con la Società Medico Chirurgica Roveretana. Hanno partecipato circa 350 persone del mondo della sanità, della scuola e delle associazioni.

Il convegno è stato accreditato dalla Commissione Provinciale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

La realizzazione è stata possibile grazie a specifici finanziamenti dell'Assessorato per le Politiche della Salute della Provincia Autonoma di Trento, dell'Assessorato alle Attività sociali e Sanità del Comune di Rovereto e delle Casse Rurali della Vallagarina.

Il Convegno ha ottenuto il patrocinio di:

- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Trento
- Assessorato alle Attività Sociali e Sanità del Comune di Rovereto
- Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Provincia di Trento
- Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento
- Associazione Italiana Deficit di Attenzione ed Iperattività (AIDAI)
- Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA)

Nel pieghevole di presentazione del convegno si prendeva atto che: *...anche se attualmente è in continuo aumento l'interesse per tale disturbo, la corretta diagnosi e la presa in carico adeguata dei bambini e adolescenti con ADHD necessitano di ulteriore informazione, formazione professionale, ricerca scientifica e momenti di confronto nell'ambito medico, educativo e sociale.*

L'obiettivo del convegno è pertanto quello di informare e sensibilizzare rispetto al problema del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività...

Al convegno hanno portato il loro saluto le Autorità invitate e le loro dichiarazioni sono contenute negli atti dello stesso a p. 33.

CORSI PER INSEGNANTI

I corsi per insegnanti sono stati presentati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti in un incontro svoltosi il 27 ottobre 2006.

L'Assessorato all'Istruzione e alle Politiche giovanili della Provincia Autonoma di Trento ha inserito i corsi nel programma di aggiornamento del personale docente per l'anno 2007.

Le quattro edizioni si sono svolte in aprile e ottobre del 2007 e sono state interamente finanziate dall'Assessorato all'Istruzione e alle Politiche giovanili.

Ai corsi hanno partecipato circa 150 insegnanti delle scuole elementari della Vallagarina, con dichiarazioni di apprezzamento da parte dei Dirigenti degli Istituti Comprensivi partecipanti.

Il programma del corso, molto articolato, ha toccato principalmente le problematiche che l'ADHD ha nella scuola. Accanto ad una presentazione del fenomeno da un punto di vista clinico e alla comprensione delle problematiche inerenti la compromissione delle Funzioni Esecutive nei bambini con ADHD, si è sviluppato con gli insegnanti un percorso che consentisse di migliorare la gestione del lavoro scolastico attraverso l'individuazione di attività e strategie didattiche specifiche. Importante l'aspetto inerente l'insegnante ed il suo rapporto con il bambino, la fa-

miglia ed i servizi. I corsi per insegnanti, nella pianificazione complessiva del progetto, erano finalizzati anche alla sensibilizzazione rispetto alla successiva indagine epidemiologica in una sorta di partnership tra comitato scientifico e docenti.

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

L'indagine epidemiologica *era finalizzata all'acquisizione di dati relativamente alla presenza dell'ADHD* nelle scuole elementari della Vallagarina.

Ci siamo fin dall'inizio concentrati su tre aspetti importanti: un aspetto etico, uno tecnico ed uno scientifico.

Dell'aspetto etico abbiamo già trattato, l'aspetto tecnico si è avvalso dell'utilizzazione dei questionari Conner's, ritenuti uno degli strumenti più validi per l'effettuazione di queste ricerche e per l'aspetto scientifico l'elaborazione dei dati dell'indagine epidemiologica e l'interpretazione degli stessi è stata affidata alla prof.ssa Paola Venuti del Dipartimento Scienze della Cognizione e della Formazione della Facoltà di Scienze Cognitive dell'Università degli Studi di Trento, in collaborazione con il dott. Gianluca Esposito, ricercatore presso lo stesso Dipartimento.

Le modalità di effettuazione dell'indagine sono state preventivamente condivise con i Dirigenti degli Istituti Comprensivi con particolare attenzione agli aspetti correlati all'anonimato dei dati assunti e alla acquisizione del consenso informato da parte dei genitori.

L'indagine epidemiologica si è sviluppata nel mese di marzo 2008 attraverso la compilazione di questionari, da parte di genitori ed insegnanti, finalizzata a cogliere possibili espressioni del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività.

L'indagine epidemiologica, rivolta a tutta la popolazione scolastica delle scuole elementari della Vallagarina, nei fatti ha raggiunto circa trecento bambini, un campione significativo ai fini epidemiologici che tuttavia ha presentato un "bias" di adesione da parte delle famiglie.

L'entità del campione è stata influenzata da alcuni fattori esterni, in particolare da una specifica campagna di controinformazione, che hanno trovato nella stampa locale note di enfattizzazione volte a creare attorno all'indagine un clima di diffidenza e dubbio. Capita, talvolta, che la stampa cavalchi certe situazioni e lo faccia con superficialità, omologandosi a quanti procedono per slogan. D'altro canto, approfondire, entrare nel merito, richiede tempo e capacità. È così che abbiamo attraversato una stagione, l'inverno scorso, dove titoloni sui giornali denunciavano il rischio di una medicalizzazione di massa dei bambini della Vallagarina.

Il tentativo è stato quello di sollevare un allarme sociale rispetto al problema della terapia farmacologica dell'ADHD ben guardandosi dal prendere in considerazione quanto andavamo dicendo fin dall'inizio:

...l'ADHD è un problema che genera sconforto e stress nei genitori e negli insegnanti che si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino... ...il nostro obiettivo finale è quello di fare informazione. Fare informazione vuol dire dare la possibilità alle persone di conoscere meglio i problemi e poter fare scelte più consapevoli. Il messaggio che noi vogliamo lanciare è quello di un'informazione corretta, rivolta anche al mondo di chi deve prendere delle decisioni...

Il tentativo di creare un allarme sociale non è andato a buon fine e, con buona pace dei denigratori, l'indagine si è sviluppata e le farmacie della Vallagarina non hanno incrementato le vendite di psicofarmaci neanche di una pastiglia.

Il dott. Barone, neuropsichiatra, relatore al convegno di maggio, si chiedeva rivolto al pubblico:

“Che cosa facciamo tutti qui? Qui in sala, almeno tra le persone che conosco, sono rappresentate moltissime professioni: il medico, il riabilitatore, l'insegnante, il dirigente scolastico, lo psicomotricista, l'infermiere, assistente educatore. Siamo qui perché tutti insieme possiamo, dobbiamo occuparci del disturbo ADHD. Si conoscono pochi altri disturbi in neuropsichiatria infantile che coinvolgono così tanti contesti. La proposta di lavoro non è certamente un'invenzione, né una cosa nuova, è una sfida: creare una rete di lavoro, una rete di servizi. La proposta è quella di potersi confrontare ogni tanto, mantenendo le nostre conoscenze e la specificità delle nostre professioni, confrontarci molto. Il servizio di neuropsichiatria territoriale, il neuropsichiatra infantile da solo non fa diagnosi di ADHD, ce l'hanno detto. L'insegnante da sola non fa l'intervento rieducativo, per un bambino del genere, ce l'hanno detto. La famiglia da sola non ce la fa, ce l'hanno detto. Allora dobbiamo provare a collaborare.”

Sarà pure un caso ma tra gli obiettivi assegnati dall'Assessorato alle Politiche per la Salute all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per l'anno 2008 è inserito l'obiettivo 6: Neuropsichiatria infantile e riabilitazione in età evolutiva, che viene così declinato:

“La patologia neuropsichiatrica dell'età evolutiva comprende tutte le problematiche, transitorie (disturbi) o permanenti (disabilità), a carico di una o

più delle cosiddette “funzioni della vita di relazione”: movimento, senso percezione, linguaggio, intelligenza, vita affettiva.

La presenza di patologie neuropsichiatriche, di diversa entità e gravità è stimata in una percentuale della popolazione in età 0-18 anni che varia dal 15 al 20% e si traduce in un'utenza attesa quantificabile in una percentuale intorno al 4% della popolazione di detta fascia d'età che si potrebbe rivolgere ai servizi dedicati.

Elemento di particolare rilevanza e delicatezza è costituito dagli altissimi indici di comorbidità (presenza concomitante di due o più malattie nello stesso soggetto) che esistono tra i diversi disturbi di competenza della neuropsichiatria dell'età evolutiva che integra tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo.

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento (precoce) delle patologie neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo strategico nella tutela della salute della popolazione poiché le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano le loro radici nell'età evolutiva.

Il Servizio sanitario provinciale risponde alle esigenze del settore in argomento attraverso un assetto organizzativo che prevede due Unità operative di Neuropsichiatria infantile a carattere multizonale, territoriale e ospedaliero: ... l'attuale livello di risposta assistenziale assicurato, nell'ambito del Servizio sanitario provinciale, ai bisogni sanitari di competenza della neuropsichiatria dell'età evolutiva, è giudicato migliorabile soprattutto con riferimento agli aspetti inerenti la reale “presa in carico” degli utenti e la costruzione di una “rete di lavoro” che integri - nella garanzia dei ruoli e delle responsabilità - le risorse (servizi e professionalità, pubblico e privato) disponibili a intervenire sulle problematiche del bambino e della famiglia.

Nel quadro descritto, l'Azienda Sanitaria deve:

Elaborare, entro giugno 2008 - sulla base dell'attuale modello erogativo dell'assistenza neuropsichiatrica infantile (livello distrettuale e livello ospedaliero) e tenendo anche conto delle criticità e necessità di potenziamento evidenziate, con specifico riferimento alla dimensione riabilitativa, attraverso l'analisi realizzata in attuazione dell'obiettivo specifico n. 10 assegnato per l'anno 2006 - una proposta di revisione/evoluzione dell'assetto organizzativo della neuropsichiatria infantile in ambito provinciale mirata a conferire - attraverso l'adozione e l'applicazione di principi e metodi operativi appropriati e condivisi - maggiore efficacia agli interventi e ad assicurare la reale “presa in carico” degli utenti in termini di accessibilità, qualità assistenziale, continuità e integrazione.

Appare senz'altro singolare accostare il riferimento alla “... *costruzione di una rete di lavoro che integri - nella garanzia dei ruoli e delle responsabilità - le risorse (servizi e professionalità, pubblico e privato) disponibili a intervenire sulle problematiche del bambino e della famiglia ...*” con le finalità del service “La Testa Altrove” in relazione alla necessità di creare, in questa ottica, una “rete di lavoro” che integri servizi, professionalità, scuola e famiglia per gli aspetti pervasivi dell'ADHD.

Il lavoro fin qui svolto, di sensibilizzazione, di informazione e ricerca di base, frutto dell'impegno sociale del Lions Club Rovereto Host, è un contributo a disposizione della Comunità.

ADHD e il bisogno di network: la rete dei servizi

Fabio Bazzoli

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività o (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) è un disturbo dell'età evolutiva che consiste in uno stato di estremo, pervasivo, persistente e debilitante stato di inattenzione, iperattività e impulsività (American Psychiatric Association, 1995).

L'ADHD possiamo considerarlo un modello per la comprensione della complessità della patologia neuropsichiatrica in età evolutiva e dell'approccio sanitario specifico, della necessità della integrazione e del lavoro in rete tra famiglia, scuola e servizi.

L'ADHD COS'È?

- L'ADHD è uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva.
- La diagnosi è essenzialmente clinica e formulabile tramite un percorso strutturato. Non è sufficiente una singola osservazione.
- Per la diagnosi, deve essere presente una compromissione significativa del funzionamento globale in più contesti (scolastico, sociale, occupazionale etc.).
- In circa il 50-60% dei casi è in comorbidità con un altro disturbo psicopatologico.

LA RETE TERRITORIALE

Gli snodi cruciali della rete territoriale per l'attuazione tempestiva della diagnosi corretta di ADHD, per la presa in carico e per un intervento appropriato nell'ottica della salute mentale in età evolutiva sono: **la Famiglia, la Scuola, i Pediatri di libera scelta e i Servizi di Neuropsichiatria infantile (NPI).**

La presa in carico può essere intesa come una interazione di funzioni all'interno dell'équipe riabilitativa, non essendo ambito dell'agire di una singola figura professionale, ma espressione di un processo messo in atto dal gruppo nel suo insieme.

La Famiglia

È fondamentale stabilire un rapporto di collaborazione con i genitori e con il bambino, raccogliere una serie di informazioni sulla vita familiare, sulla percezione dei genitori, sui problemi del bambino. Sostenere i genitori nel percorso assistenziale dalla comunicazione della diagnosi valutando la loro capacità di comprendere e di contenere l'ansia, lo stress, talora l'angoscia e di affrontare superare paura di morte, di anormalità e in seguito la paura di insuccesso. Infine rendere comprensibile e vincere il senso di colpa per non aver saputo evitare la patologia del figlio o non saper aiutarlo a guarire.

La Scuola

La Scuola è il luogo principale in cui emergono le difficoltà di funzionamento. È ancora l'unica rete capillare completa che permette l'evidenziazione dei problemi. Occorre tuttavia non sottovalutare il rischio di sovradimensionamento del problema e non dimenticare che la scuola è l'elemento cardine della gestione successiva.

Il Pediatra

Il ruolo del pediatra è fondamentale per mediare l'invio spesso frettoloso e colpevolizzante della scuola, per infondere la fiducia in se stessi, negli aspetti di salute e negli interventi proposti e per coordinare i percorsi assistenziali senza delega.

QUALI SONO I SERVIZI SPECIFICI PER L'ADHD?

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza con i rispettivi Servizi NPIA sono strutture operative interdisciplinari, deputate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale).

La Struttura Territoriale di NPIA rappresenta il fulcro organizzativo del sistema della rete dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, a maggior ragione nelle situazioni in cui vi è un sistema misto tra pubblico e privato accreditato, nel quale la funzione di governo è essenziale. Essa rappresenta la

principale sede per la “presa in carico” del bambino e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia.

(Modello organizzativo dei servizi di NPIA, SINPIA febbraio 2007)

Quale è l'articolazione delle Unità Operative di NPI

1. *Unità Operative di NPI Territoriali (UONPI T.)*
2. *Unità Operative di NPI Ospedaliere (UONPI O.)*
 - a. *U.O. Ospedaliere collocate in ospedali gestiti dalle A.S.L.*
 - b. *U.O. Ospedaliere ad alta specializzazione inserite in Policlinici, Aziende Ospedaliere o I.R.C.C.S.*
3. *Strutture Semiresidenziali e Residenziali*

(Raccomandazioni” del D.M. 24.04.2000)

Quale intervento con quali risorse?

1. *“L'intervento nel settore delle patologie di prevalente componente neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza deve essere unitario e coordinato, con una presa in carico globale del paziente e molto spesso anche della sua famiglia... ..tenendo conto dell'evidenza epidemiologica del territorio di interesse, per ponderare esigenze di risorse di personale e di attrezzature, rispettando l'esigenza di realizzare la massima integrazione tra le componenti neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche e le altre competenze di specializzazioni specifiche per questa fascia di età”.*

(Cap. 8 - D.M. 24 aprile 2000: Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al ‘Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000’)

2. **Requisiti e Standard di fabbisogno delle U.O.N.P.I. Territoriali**
In ogni A.S.L. deve essere attivata almeno una U.O.T. di NPI ogni 100.000 abitanti. Tale U.O. di NPI è coordinata da un direttore medico specialista in Neuropsichiatria Infantile coadiuvato da adeguate competenze: medici specialisti in Neuropsichiatria Infantile, psicologi competenti in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari socio-sanitari, assistenti sociali e personale dei ruoli amministrativi”.

(D.M. 24 aprile 2000)

La attuale organizzazione dei Servizi delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPI) della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari in Trentino

Attualmente l'attività di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e riabilitazione dell'età evolutiva è assicurata dalle due Unità Operative dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPI n 1 e UONPI n 2) i cui ambiti e i cui destinatari sono di seguito indicati:

- la UONPI n° 1 comprende le Comunità dei Comprensori C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C11, cioè i Distretti di Trento Valle dei Laghi, Cembra, Rotaliana Paganella, Val di Non e di Sole, AltaValsugana, Bassa Valsugana e Tesino, Fiemme e Ladino di Fassa, Primiero nelle sedi di Trento – Calavano; Mezzolombardo – Cembra; Cles – Malè; Pergine – Levico; Borgo - Fiera di Primiero; Cavalese – Pozza.

La popolazione 0 – 18 anni di questo ambito territoriale è di 64.770 (dati riferiti al 31.12.2005).

- La UONPI n° 2 comprende le Comunità dei Comprensori C8, C9, C10, cioè i Distretti Sanitari Giudicarie - Rendena, Alto Garda e Ledro e Vallagarina nelle sedi di Rovereto; Riva; Tione.

La popolazione 0 – 18 anni di questo ambito territoriale è di 31.319 (dati riferiti al 31.12.2005)

PRINCIPI E METODI DI INTERVENTO DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'organizzazione delle funzioni della Neuropsichiatria Infantile è finalizzata ad individuare compiti, risorse strumenti per intervenire nei confronti della patologia neuropsichica dell'età evolutiva (0-18 anni) con adeguate risposte di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo secondo modalità operative di integrazione che prevedano in maniera programmata e sistematica il supporto di altri servizi pubblici e privati, di carattere sanitario, socio-assistenziale, educativo, nonché tenendo conto del ruolo fondamentale della famiglia.

La patologia neuropsichiatrica dell'età evolutiva comprende tutte le problematiche, transitorie (disturbi) o permanenti (disabilità), a carico di una o più delle cosiddette "funzioni della vita di relazione": movimento, senso percezione, linguaggio, intelligenza, vita affettiva.

Dal punto di vista epidemiologico sono numerose le ricerche che studiano la prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva. Levi e Meledandri indicano che su 10.000 bambini da 0 a 14 anni i disturbi gravi dell'area motoria sono 30, quelli

lievi sono 180; i disturbi gravi relazionali sono 28, mentre quelli di grado lieve sono 210; per quanto riguarda i disturbi di apprendimento sono 280 di cui i disturbi gravi dell'area cognitiva sono 45, dell'area neuropsicologica sono 58. Quindi su 10.000 bambini da 0 a 14 anni, 161 presentano gravi disturbi neuropsichici e 670 lievi. I disturbi generalizzati dello sviluppo vanno dal 4 al 6 per 10.000; i disturbi dello sviluppo e le disarmonie evolutive 3 - 4% in età precoce. La frequenza del ritardo mentale in tutte le sue forme è del 3% e del 3 °% per le forme gravi, quella dei disturbi della condotta (C.D.) e sindrome ipercinetica (ADHD) varia dal 2 al 19% secondo l'età.

La prevalenza dei disturbi psicopatologici in soggetti in età scolare è variabile secondo l'età e l'ambito territoriale dal 12% al 25%, come evidenziano le ricerche di Ratter (1976), Lesli (1974), Costello (1988): il 20% in giovani adolescenti, il 22% in età prescolare e dai 7 agli 11 anni. Secondo Mc Gee (1990) all'età di 15 anni il 26% dei maschi e il 18% delle femmine soffre di disturbi classificabili nel DSM III. Graham (1991) asseriva che un bambino su 5 manifesta problematiche psicopatologiche.

Secondo varie indagini viene quantificata la presenza di patologie neuropsichiatriche, di diversa entità e gravità, in una percentuale media della popolazione target che varia dal 10 al 20%. Questo si traduce in un'utenza attesa, che verosimilmente si potrebbe rivolgere ai servizi, quantificabile in una percentuale intorno al 4-6% della popolazione compresa tra i 0-18 anni.

I principi e i metodi operativi cui è necessario fare riferimento sia nell'organizzazione e nella direzione dei servizi di neuropsichiatria infantile, che nell'ordinario svolgimento delle rispettive attività da parte degli operatori sono riassumibili in modo seguente:

- la **territorialità** ovvero la caratterizzazione dell'organizzazione come attività specialistica incentrata sul territorio, come momento prioritario di programmazione ed erogazione delle prestazioni; questo significa superare la dicotomia tra i servizi ospedalieri e distrettuali, individuando un unico riferimento organizzativo che definisca in maniera puntuale i rispettivi ambiti di intervento e la collaborazione, anche attraverso un regolare flusso di informazioni e documentazioni di tipo clinico dall'ospedale al distretto e viceversa; ciò risulta fondamentale per sviluppare quell'unitarietà del lavoro specialistico che consente la continuità terapeutica e la valutazione clinica ed epidemiologica dell'attività in funzione di un miglioramento della qualità dell'assistenza e della soddisfazione degli utenti;
- la **multiprofessionalità** ovvero una strutturazione e una gestione degli interventi assistenziali attraverso il lavoro di équipe, dove siano presenti le diverse figure professionali per garantire un'articolazione funzionale alla risposta capace di realizzare la globalità e l'unitarietà dell'intervento; l'approccio glo-

bale è particolarmente necessario in questo settore poiché è la stessa vita di relazione in età evolutiva che si presenta unitaria sia nelle sue manifestazioni neurologiche (percettive, motorie, espressive) che in quelle mentali (cognitive ed affettive); il lavoro in équipe può inoltre coinvolgere, in determinate circostanze, altri operatori dipendenti dagli enti gestori e anche in prospettiva costruire obiettivi comuni e condivisi sulla formazione e l'aggiornamento con diverse figure necessarie all'équipe e non necessariamente dipendenti dall'unità organizzativa di neuropsichiatria infantile, ma che possono farne parte dal punto di vista funzionale sulla base di protocolli di collaborazione tra servizi ed enti diversi;

- il **lavoro di rete** inteso come modalità operativa fondamentale per l'integrazione tra il lavoro della neuropsichiatria infantile ed il lavoro di tutti gli altri soggetti, pubblici e privati, che intervengono sulle problematiche del bambino e della famiglia: le UU.OO. del Dipartimento Materno Infantile (ginecologia – ostetricia, pediatria, chirurgia pediatrica), di Salute Mentale (psichiatria, psicologia, alcologia, sert) e del Dipartimento di Riabilitazione (fisioterapia, neurologia), la pediatria e medicina di base, servizio sociale, scuola, enti gestori della riabilitazione, associazione di familiari;
- la **centralità della famiglia** come risorsa fondamentale per una efficace individuazione e promozione delle potenzialità dell'individuo, oltre che per l'attività terapeutica e riabilitativa; questo approccio si presenta estremamente più complesso dell'individuazione di deficit e carenze e presuppone una costante attenzione ai comportamenti degli operatori, alla loro valutazione, nonché alla formazione e all'aggiornamento in questa prospettiva.
- l'**attenzione alla persona** esige, soprattutto per la disabilità, un approccio inteso non solo come “cura della parte malata dell'individuo”, bensì come “cura della persona con i suoi bisogni” e richiede inoltre da parte degli operatori, accanto a conoscenze tecniche aggiornate, competenze che non si possono improvvisare e che fanno parte del curriculum formativo specifico degli operatori della unità operativa di neuropsichiatria infantile. Tra queste: saper riconoscere le esigenze che lo sviluppo pone man mano a quello specifico bambino; saper leggere le relazioni tra il bambino e le figure per lui significative; saper individuare, al di là del danno, le potenzialità del bambino e le risorse presenti nella sua famiglia e nel contesto sociale. Queste valutazioni stanno alla base dell'intervento riabilitativo, consentendo esse sole di decidere proficuamente cosa fare, come e quando farlo.

COMPETENZE DEI SERVIZI TERRITORIALI NPI

- Diagnosi ADHD
- Presa in carico e interventi conseguenti (scuola, famiglia, contesti di vita)
- Solo in pochi interventi farmacologici

L'adeguata presa in carico dei bambini con ADHD nel servizio territoriale di NPIA, in raccordo con scuola e pediatri di base, rappresenta la migliore garanzia di appropriatezza dell'intervento farmacologico e la migliore tutela dai rischi di sottouso, sovrauso e abuso

Per poter prendere adeguatamente in carico una tipologia di utenza è essenziale sapere:

- quanti sono gli utenti in questione (ADHD: tra 1 e 3,9%)
- cosa c'è (nel servizio e nella comunità)
- cosa manca (nel servizio e nella comunità)
- quali modelli di programmazione e quali modifiche possibili
- che "peso" hanno gli utenti in questione
- quali sono gli altri utenti del servizio e che "peso" hanno
- quali e quante sono le risorse a disposizione

Quale è la realtà?

- inadeguatezza di strutture (mancano spazi adeguati alle esigenze del bambino specialmente disabile)
- scarsità di risorse (umane, formative, strumentali....)
- carenza di professionalità dedicate (per tipologia e per numero)
- carenza di strutture organizzative specifiche (dipartimento di NPI, UO ospedaliera, strutture semplici)
- scarsa integrazione degli interventi

Quanti sono gli altri utenti del servizio NPI?

- la prevalenza delle patologie che inducono **disabilità** risulta del 16.8% nella fascia d'età 0-17 anni (Boyle, Decoufle, & Yeargin-Allsopp, 1994)
- considerando **solo la patologia di rilevanza psichiatrica**, si parla del 9-13 % della popolazione 0-17 (US Public Helth Service, Mental Health: a report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, Washington DC, 1999)

- la somma ponderata potrebbe verosimilmente attestarsi sul 20% della popolazione 0-17 anni
- **almeno il 30% della popolazione disabile analizzata da Boyle presentava 2 o più disabilità**
- meno del 2% della popolazione scolastica italiana è certificata “**in situazione di handicap**”. I dati internazionali parlano del 2,4 %
- circa lo **0,5 % è in situazione di gravità**, e necessita di supporti massicci e continuativi per tutto l’arco della vita, in particolare nell’ambito delle autonomie e della comunicazione
- nella fascia della disabilità lieve, la sovrapposizione psichiatrica evitabile rappresenta la limitante più significativa del funzionamento e dell’autonomia in età adulta
- si presume che **ai servizi di NPIA debba arrivare almeno il 5% della popolazione di età 0-17**

Che peso hanno gli utenti con ADHD?

- circa 12 ore/uomo per la diagnosi
- circa 15 ore/uomo/anno per la presa in carico
- l’eventuale tempo per l’intervento terapeutico o riabilitativo con bambino/ragazzo
- i controlli mensili (nel caso del registro)

Che peso hanno gli altri utenti...?

- circa 13 ore/uomo/anno per la presa in carico di ogni pz. certificato in situazione di handicap scolastico (*Costantino e Vizziello, 2001*)
- circa altrettante per una prima diagnosi
- l’eventuale tempo per l’intervento terapeutico o riabilitativo diretto con il bambino/ragazzo
- 6/10 dei soggetti afferenti ai Servizi di NPI rappresentano un’utenza “cronica”, che va a sommarsi annualmente ai “nuovi” casi (*dati Osservatorio Epidemiologico – Regione*)

Professionalità presenti nelle UONPI trentine

Medici NPI, Fisioterapisti (FKT), Logopedisti (LOG), Psicomotricisti (PSM), Infermiere Professionali (IP) (UONPI 2), Tecnici EEG (TEC)(UONPI 1)

Professionalità non ancora presenti nelle UONPI trentine

Neuro-psicolinguista, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica (TRP), Terapisti Occupazionali (T Oc), Ortottisti (ORT) Amministrativi (AM)

Professionalità presenti in altri servizi

- Gli psicologi hanno due Unità Operative autonome distinte
- Gli assistenti sociali dipendono dai Comuni o dai Comprensori
- Educatori e pedagogisti dipendono dalla scuola

Da una analisi dell'utilizzo delle risorse si evidenziano sostanzialmente 4 profili di impegno operativo per il singolo paziente di volta in volta attuati secondo le necessità:

Previsione di spesa

- intervento iniziale (circa 150 ore/operatore/anno); costo approssimativo 7.500 euro/anno
- intervento di mantenimento (circa 60 ore/operatore/anno); costo approssimativo 3.000 euro/anno
- intervento mirato (circa 100 ore/operatore/anno); costo approssimativo 5.000 euro/anno
- intervento all'interno di un quadro di ospedalizzazione pediatrica a domicilio o assistenza domiciliare integrata o simili (circa 200 ore/operatore/anno); costo approssimativo 10.000 euro/anno

Nel monte ore esposto è compresa una quota di tempo necessaria per le "attività di supporto";¹ essa si aggira in un servizio di neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sul 20 - 25% del tempo complessivo di lavoro.

Per i soggetti gravi per i quali vengono svolti i servizi sopraccitati e che corrispondono circa ai soggetti certificati ai sensi della legge 104/92, la quota di tempo necessaria per le "attività di supporto" si colloca invece tra il 40 - 50%.

¹ Le attività di supporto sono attività non rivolte direttamente alla assistenza e quindi non attribuibili in modo univoco ad un singolo paziente (ad una linea produttiva), ma ugualmente indispensabili per garantire il funzionamento della unità organizzativa nel suo insieme.

BIBLIOGRAFIA

- Bazzoli F., Dal Lago C.** (1997), “Alcol – Adolescenza” – atti Convegno SINPI, “Crescita e crisi in adolescenza”, Trento
- Bazzoli F., Dal Lago C.** (1998 - '99), “Guida la tua salute”, Prog. Giovani, Educazione Stradale
- Bazzoli F., Dal Lago C.** (2002 - 2003), Insegnanti Progetto Salute Ist. I. Tione (TN): “Sanità Scuola Comunità Un'alleanza per promuovere la salute: Cosa ne pensano i giovani?”
- Bazzoli F., Ranzato L.** (1984), *Tutela della salute in età evolutiva*, Edizioni Centro Studi “M.H. Erikson”, Trento
- Bazzoli F., Ranzato L.** (1985), *Le Disarmonie evolutive e il loro sviluppo in rapporto all'intervento clinico-sociale e all'ambiente di provenienza*, Edizioni Centro Studi “M.H. Erikson”, Trento
- Bazzoli F.** (1985), *Il processo di guarigione*, Edizioni Centro Studi “M.H. Erikson”, Trento
- Bazzoli F.** (1998), “Intervento di home care in età evolutiva ” Relazione a Convegno Ospedale Rovereto
- Bazzoli F.**, Tesi Corso Manager - PAT - 2002 “La Qualità nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile del Trentino”

Il Convegno

La pervasività del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività, il disagio che lo stesso provoca nella famiglia, nella scuola, negli aspetti sociali non poteva non interessare tante figure tra loro diverse. Diverse per professionalità, competenze ma accomunate da un ruolo preciso rispetto all'ADHD.

Il convegno è stato pensato sul modello della terapia multimodale dell'ADHD. Come sul piano terapeutico diverse figure sono protagoniste, così dovevano esserlo nel ruolo di relatori.

I relatori

Corrado Barone

neuropsichiatra infantile, Dirigente Unità Operativa Neuropsichiatria infantile 2, Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN)

Patrizia Bisiacchi

psicologo, Professore Ordinario di Psicologia, Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

Gabriele Masi

neuropsichiatra infantile, Istituto di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza, IRCCS Stella Maris, Calabrone (PI)

Tania Matiuzzo

psicologo, ASL 10 San Donà di Piave (VE), Università degli Studi di Padova

Francesca Offredi

psicologo, Servizio Autonomo di Neuropsichiatria infantile, Policlinico GB Rossi, Verona

Jasmin Rizzi Hueller

Referente AIFA Trentino (Associazione Italiana Familiari ADHD)

Katia Rocchetti

neuropsichiatra infantile, Dirigente Unità Operativa Neuropsichiatria infantile 1, Ospedale S. Chiara, Trento

Giorgia Sanna

pedagogista, Università degli Studi di Cagliari

Paola Venuti

psicologo, Professore Associato, Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale, Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Università degli Studi di Trento

Alessandro Zuddas

neuropsichiatra infantile, Professore Associato di Neuropsichiatria infantile, Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Cagliari

... hanno moderato i lavori

Stefano Calzolari

neuropsichiatra infantile, Direttore Unità Operativa Neuropsichiatria infantile, Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo

Bernardo Dalla Bernardina

neuropsichiatra infantile, Professore Ordinario di Neuropsichiatria infantile, Direttore Scuola di Specializzazione in NPI, Università degli Studi di Verona

Nota del curatore

Di seguito vengono riportate le trascrizioni integrali delle registrazioni degli interventi di *Introduzione* e *Saluto delle Autorità*. Pertanto sono da considerare nel loro contesto discorsivo.

Introduzione al Convegno

Fulvio Campolongo

Buongiorno, benvenuti al convegno “*La testa altrove*”. Vi porto il saluto del Consiglio direttivo della Società Medico Chirurgica Roveretana, Società Medico Chirurgica che ha organizzato questo convegno e ne garantisce l’accreditamento ECM.

La Società Medico Chirurgica Roveretana ha risposto positivamente alla richiesta formulata dal Lions Club Rovereto Host, di partecipare a questa iniziativa: “*La testa altrove. Indagine sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*”.

Il convegno dunque è solo un primo momento di un’iniziativa più ampia che chiuderà con l’effettuazione di un’indagine epidemiologica volta a cogliere il fenomeno del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività nelle scuole elementari del comprensorio della Vallagarina.

È un’idea che il Lions Club Rovereto Host ha portato avanti da circa un anno. Ha ritenuto fosse importante intervenire rispetto a questo disturbo, perché ha colto la mancanza di informazione e di conoscenza rispetto all’ADHD.

L’ADHD è un disturbo che il bambino, il ragazzo, vive nella scuola, vive a casa e vive nella società, coinvolgendo altri attori, oltre agli operatori sanitari. Questo convegno è molto trasversale e infatti vediamo tra i partecipanti molti operatori della sanità ma anche molti operatori della scuola, delle associazioni e le famiglie.

Le prima preoccupazione, quando abbiamo avuto questa idea come Lions Club Rovereto Host, è stata quella di strutturarci per effettuare un’operazione che fosse legittima da un punto di vista scientifico, che avesse tutte le caratteristiche per poter poi essere sviluppata, data anche la delicatezza dell’argomento che andavamo ad affrontare. Il primo momento è stato quello di organizzare un comitato scientifico. Comitato scientifico che vede nel dottor Bazzoli, primario della Neuropsichiatria infantile di Rovereto, il coordinatore scientifico.

Il dottor Bazzoli non può essere oggi qui con noi perché è impegnato a Roma in un importante conferenza sulla neuropsichiatria. Vi porto il suo saluto, lui è molto dispiaciuto oggi di non essere presente. Diciamo che con il corpo è altrove, ma con la testa è tra di noi.

Poi, sempre all’interno del comitato scientifico, ricordo la dottoressa Paola Venuti, professore associato della Facoltà di Scienze cognitive di Rovereto, che curerà l’elaborazione dei dati dell’indagine epidemiologica e l’interpretazione degli stessi.

Abbiamo sottoposto l'iniziativa al Comitato etico per le sperimentazioni cliniche dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, che ha autorizzato questo intervento e poi abbiamo cominciato a lavorare.

Lavorare ha voluto dire andare a trovare tutta una serie di relazioni con le diverse componenti che dovevano concorrere al buono sviluppo di questa iniziativa. Quindi abbiamo contattato le istituzioni, chiedendo il patrocinio della Provincia Autonoma di Trento e del Comune di Rovereto. Abbiamo contattato il mondo delle professioni, ottenendo il patrocinio dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine degli Psicologi. Abbiamo coinvolto la comunità scientifica, ottenendo il patrocinio della Società italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Ovviamente non potevano mancare le associazioni AIDAI e AIFA, che hanno sposato la nostra iniziativa in maniera molto partecipata.

Il Lions Club Rovereto Host si è fatto carico degli aspetti organizzativi. Supporta gli aspetti economici che, nello sviluppo dell'iniziativa, sono diventati sempre più onerosi. Quindi abbiamo sviluppato altre alleanze e abbiamo incontrato una grande solidarietà da parte delle Casse Rurali della Vallagarina, una partecipazione da parte di Erickson Edizioni, e la cartoleria Marco nella figura di Paolo Zuccati, che è sempre stato molto sensibile e vicino alla Società Medico Chirurgica Roveretana.

“La testa altrove” è un'iniziativa che troverà la sua conclusione a fine anno quando speriamo di poter raccogliere tutti i dati dalle scuole elementari, e pubblicarli con gli atti di questo convegno, in un volume grazie all'apporto di IPRASE, che ci è sempre stato molto vicino.

Credo di poter concludere il mio intervento, ringraziando voi per la partecipazione, questo è il nostro obiettivo finale: fare informazione. Fare informazione vuol dire dare la possibilità alle persone di conoscere meglio i problemi e poter fare scelte più consapevoli. Tuttavia le scelte sono veicolate da altre persone; i famosi decisori. Quindi il messaggio che noi vogliamo lanciare è quello di un'informazione corretta, rivolta anche al mondo di chi deve prendere delle decisioni.

Ecco allora che abbiamo invitato le autorità che rappresentano quel mondo dei decisori perché possano realmente prendere le decisioni più giuste per la comunità, sulla base anche delle conoscenze scientifiche.

Darei allora subito la parola al dottor Giuseppe Zumiani, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento, che invito sul palco per un saluto.

Grazie.

Saluto delle Autorità

Giuseppe Zumiani

Grazie Fulvio e buongiorno tutti. Sono venuto volentieri a Rovereto a portarvi il saluto, come si usa dire, dell'Ordine dei Medici e anche mio personale. Ma non è un saluto formale, io partecipo sempre agli inviti che mi porgono, perché la presenza del Presidente – oggi Giuseppe Zumiani, ma questo ha un'importanza relativa – rappresenta comunque colui il quale per mandato, in questo momento, detiene le chiavi dell'Ordine, le chiavi della casa dei medici.

Questa mia presenza dunque è sempre motivata dal fatto di richiamare tutti i colleghi a tornare a essere partecipi dell'attività ordinistica. L'Ordine non è un ufficio amministrativo e oggi, con questo mondo che accelera e cambia sempre più, dovrebbe veramente diventare un laboratorio di proposta, perché questo è il mandato che anche il politico ci ha voluto affidare in questi anni.

Qui però mi corre l'obbligo – e lo faccio volentieri – di ringraziare gli organizzatori di questo convegno, di grande interesse. Parliamo di Iperattività e Deficit dell'Attenzione. Un profilo psicopatologico, questo qualifica la trasversalità della giornata di oggi, anche dal punto di vista delle competenze, che, voi mi insegnate, colpisce una fascia di età intorno ai 6-7 anni, estremamente delicata.

Qualora non identificato e riconosciuto – lo leggo dai vostri spunti – e seguito, può portare conseguenze, sulla personalità, durature, che veramente compromettono la vita delle persone. Ma è immediato il richiamo all'ambiente, alla scuola, alla famiglia, nei comportamenti di questi ragazzi.

Mi complimento veramente per l'iniziativa, perché coglie uno degli aspetti fondamentali di questa nostra società.

Sottolineerei anche un passaggio che ho letto nel programma e che mi pare importante: il progetto in Trentino di un'iniziativa veramente di peso, in questo senso, mi sembra un aspetto che qualifica di molto l'interesse e l'opera di questi nostri operatori trentini. Come presidente dell'Ordine dei Medici però, permettetemi un'osservazione. Per quanto riguarda la parte pregnante della nostra professione, il Codice di deontologia; noi dovremmo fare sempre riferimento al codice.

L'articolo 32 del neo-codice, recentemente emanato, impegna il medico a un'attenzione particolare al cosiddetto soggetto fragile. Chi sono i soggetti fragili? Sono gli anziani – qui oggi ci interessano poco – ma sono anche i bambini, coloro i quali portano delle disabilità. Allora direi che la giornata di oggi, per l'età di coinvolgimento e per il

tipo di profilo psicopatologico, rientra a pieno titolo in questo soggetto fragile e quindi ci richiama ancor più ai nostri obblighi di deontologia. Deontologia che mi permetto di richiamare anche ricordando a tutti i colleghi medici l'invito che abbiamo spedito in questi giorni, inerente al nuovo Codice di deontologia, recentemente varato, per la giornata del 9 giugno. Saremo all'Ordine dei medici per presentare il nuovo Codice di deontologia, questo elemento, questo riferimento imprescindibile della professione.

Voi sapete che i codici nascono intorno agli anni '50, come richiamo, regola di comportamento soprattutto per il decoro e della dignità della professione. Però già nel '90 raccolgono gli spunti istituzionali, si recepiscono questi principi, l'uguaglianza, la dignità, la libertà, la solidarietà. Oggi il codice cambia ancora, in questa società in continua evoluzione dal punto di vista politico, dal punto di vista sociale, oggi il codice ha un riferimento anche di tipo giuridico, basta guardare le sentenze della Cassazione. Allora come fa un medico a operare al di fuori del Codice di deontologia?

Chiudo con un riferimento ai temi di attualità. Proprio di questi giorni sono i riferimenti alla nostra professione. Il nuovo rapporto, il nuovo patto medico-paziente, il profilo della responsabilità, che sarà poi argomento della giornata del sabato, avremo anche un relatore importante, il Presidente dell'Ordine di Latina, il dottor Righetti, e anche il nostro altrettanto autorevole dottor Cembrani. La responsabilità nella professione: pensate al problema del contenzioso, che oggi però noi vorremmo proiettare nel futuro, la cultura dell'errore e non più la valutazione del dato. Poi i riferimenti, quelli d'obbligo, del codice: immodificabili e immutabili nel tempo, ma contingenti.

Oggi ci imbattiamo regolarmente in problematiche meno pregnanti dal punto di vista dell'etica, però la pubblicità, le società... un medico non può più operare in coerenza professionale al di fuori di una conoscenza molto specifica e profonda di queste norme.

Dunque nell'augurare buona giornata, buon lavoro, nel complimentarmi ancora per l'iniziativa, mi permetto di invitare tutti i medici il 9 giugno.

Grazie.

Fulvio Campolongo

Grazie dottor Zumiani, darei la parola al dottor Paolo Romiti, direttore dell'Ospedale di Rovereto, dell'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari.

Paolo Romiti

Grazie al dottor Campolongo per la presentazione, grazie per l'invito, un buon-giorno a tutti. Un saluto anche da parte del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, dottor Carlo Favaretti, che oggi non può essere presente.

Venendo qui stamattina pensavo che i colleghi – il dottor Fulvio Campolongo, che ho appena citato, ma anche il dottor Fabio Bazzoli – rappresentano con le loro

professionalità e le loro attività, la molteplicità degli interessi che si muovono intorno a queste situazioni.

Il dottor Bazzoli è un medico e accanto agli aspetti umani si occupa di prognosi, di terapia e quindi esprime l'interesse professionale che c'è su questa situazione. Il dottor Campolongo è qui in veste di Past President del Lions Club Rovereto Host e di Presidente della Società Medico Chirurgica Roveretana, quindi esprime l'interesse del mondo scientifico e della società civile.

Molti sono i portatori di interesse, a partire dalle famiglie, dai sanitari, dagli educatori. Quello che il dottor Campolongo vuole rilanciare con questo condivisibile progetto che parte oggi, cercando di colmare il gap informativo che c'è fra i sanitari e chi sanitario non è, è proprio allacciare e costituire un patto di collaborazione tra tutti questi portatori di interesse e le istituzioni.

Il momento fondamentale sarà la ricerca epidemiologica che si andrà a fare nelle corti di interesse, dopo l'informazione e anche la formazione degli insegnanti. Il ritorno che si avrà, in termini scientifici, quindi accettabili e condivisibili, sarà sicuramente riportare a voi, ma anche alle istituzioni, delle informazioni che saranno indispensabili per mettere a fuoco dei bisogni a cui si dovrà sicuramente rispondere.

Questo mi sento di dire oggi. Un ultimo apprezzamento per l'organizzazione, un mio personale riconoscimento: esprimo qui una sorpresa – anche se non più di tanto – nel vedere una sala così gremita. Questo mi dà già un indicatore positivo dell'importanza dell'iniziativa e della percezione che se ne ha.

Auguro allora buon lavoro tutti e vi ringrazio ancora per questo invito.

Fulvio Campolongo

Invito ora la dottoressa Matilde Carollo, Dirigente dell'Assessorato all'Istruzione e alle Politiche giovanili. Entriamo un po' nel mondo della scuola dopo i saluti del mondo della salute.

Matilde Carollo

Grazie e buongiorno a tutti. Un cordiale saluto a tutto il pubblico e ai relatori sia da parte mia che da parte dell'Assessore all'Istruzione alle Politiche giovanili, che non può essere presente oggi per ragioni personali e che mi ritrovo un po' indegnamente a rappresentare e che chiaramente non posso sostituire da questo punto di vista.

Credo comunque di interpretare il pensiero dell'Assessore e portare la voce del mondo della scuola, nell'esprimere l'apprezzamento per l'iniziativa a tutti gli organizzatori del convegno, che hanno dimostrato questa estrema sensibilità nei confronti di una tematica che è importante, anche per il mondo della scuola, all'interno dell'azione educativa. Un insieme di problematiche che la scuola si trova quotidianamente ad affrontare.

Possiamo dire che è un'occasione per convogliare l'attenzione di un pubblico vasto – la platea gremita alla quale si faceva cenno prima lo dimostra – l'attenzione anche di esperti relatori, di fama, che si alterneranno a questo tavolo e che consentiranno a tutti quanti di poter approfondire, di fare riflessioni, dare spunti di approfondimento su questo problema.

Il problema che poi si va ad affrontare è uno dei problemi che la scuola si trova a fronteggiare nella sua azione quotidiana. Ha un aspetto di carattere medico e ha un aspetto di carattere più prettamente educativo. Quindi mette in luce le evidenze che le professionalità, anche docenti, devono poter avere ben presenti e le possibilità di poter agire in modo corretto e funzionale, riguardo a questi problemi.

Diciamo che bambini che sono interessati a un disturbo di questo tipo, a volte mettono a dura prova la professionalità dei docenti, in quanto devono richiedere loro uno sforzo di coordinamento delle risorse che sono messe in campo e quindi devono cercare di fare uno sforzo di riorganizzazione per favorire la crescita, la strutturazione di un ambiente favorevole, stimolante, che possa cercare di ridurre questi comportamenti problematici.

Possiamo però dire che la scuola, soprattutto negli ultimi anni, spesso si trova ad affrontare una serie di problematiche vaste, anche nell'ambito del disagio. Situazioni che riguardano l'instaurazione di rapporti non sempre proficui, di relazioni significative dei ragazzi con i pari, con gli insegnanti, che spesso per la scuola è difficile riuscire a capire e interpretare. È difficile riuscire a individuare e dare loro un significato ben preciso, evitando che poi ci siano delle generalizzazioni inopportune.

È importante allora che la scuola possa avere maggiori conoscenze, acquisire delle consapevolezze, in questo senso. È importante riuscire a capire quando si parla di un bambino che manifesta un disturbo, una patologia o quando invece dei comportamenti non in linea con la generalità della classe sono solo da attribuire a una difficoltà generica. Cioè quando la vivacità è solo vivacità, e quando invece la mancanza di attenzione diventa un problema; quando veramente un bambino è iperattivo o quando invece è solo vivace. Riuscire ad avere delle conoscenze che possano portare alla consapevolezza e quindi a intervenire in maniera corretta e produttiva credo sia fondamentale.

Agli insegnanti dunque devono essere forniti gli strumenti per poter effettuare una corretta valutazione, per poter impostare delle azioni educative, delle strategie didattiche che siano efficaci. Il coinvolgimento della scuola e degli insegnanti quindi è fondamentale. È fondamentale perché è un passo all'interno di un quadro più ampio che, per risultare efficace, deve avere dei fondamenti di consapevolezza, per poter attuare un'azione sistematica nelle strategie didattiche di intervento. Dobbiamo quindi conoscere a fondo le caratteristiche del problema per poterlo affrontare in modo produttivo e poter interagire con consapevolezza.

In questo senso l'iniziativa ha mosso i primi passi nel modo più opportuno, in quanto il convegno dimostra come l'attenzione del mondo sanitario, del mondo medico, del mondo delle associazioni, del territorio, abbia come suo fondamento innanzitutto l'informazione, la formazione del personale. Questo consentirà a un buon numero di docenti della scuola primaria di poter affrontare poi in maniera efficace la conoscenza del bambino, delle caratteristiche di questa problematica e quindi poter strutturare, come si diceva prima, in maniera produttiva l'ambiente di apprendimento.

Risulterà importante l'indagine epidemiologica che verrà realizzata nel corso dell'autunno, come credo sia stato altrettanto importante il momento formativo che ha coinvolto i docenti delle scuole del Comprensorio in questa prima parte dell'anno. Sarà importante, allo stesso modo, poter divulgare gli esiti dell'indagine, perché si consentirà un allargamento della conoscenza della problematica agli operatori del settore sanitario, ma soprattutto agli operatori della scuola.

Credo che condizione necessaria per un'azione educativa efficace, sia proprio questa sinergia e collaborazione che si deve instaurare fra ambiente sanitario, ambiente scolastico, associazione dei genitori, quindi la scuola e la famiglia, in una rete di rapporti che vanno a strutturarsi in maniera sempre più definita. Starà poi ai docenti rendere accessibili gli apprendimenti, garantire una strutturazione dell'ambiente di apprendimento efficace, puntare l'attenzione su quanto avviene nell'aula, e quindi all'organizzazione della didattica e all'azione dell'insegnamento, al clima relazionale. Sappiamo come il successo formativo sia strettamente connesso alla qualità dell'ambiente di apprendimento. È un'idea di scuola che deve passare per un'idea di risposta ai bisogni dei bambini, in questo caso dei bambini in difficoltà, che punti non alla generalizzazione ma alla consapevolezza dei problemi e che punti anche alla diversificazione delle attività che si mettono in essere per poter rispondere alle problematiche evidenziate.

Un adattamento quindi alle esigenze dell'alunno e non viceversa. L'impegno della scuola in questo senso deve essere dunque in questa direzione, l'impegno dell'Assessorato sarà nel sostenere questo.

Esprimo quindi agli organizzatori l'apprezzamento per aver promosso il convegno e un ringraziamento ultimo alle scuole che hanno aderito all'iniziativa, a tutti gli operatori della scuola, ai genitori, che saranno poi coinvolti in questa indagine, perché potranno contribuire ad avere maggiore consapevolezza e maggiore conoscenza del problema, per poter poi intervenire in sinergia, con le strategie più adatte e adeguate alla situazione.

Auguro un buon lavoro tutti.

Fulvio Campolongo

Ringrazio la dottoressa Carollo per l'impegno che l'Assessorato qui ha dichiarato di assumere e che ha assunto nella collaborazione finora svolta.

Darei ora la parola al professor Valduga, sindaco di Rovereto, che mi piace ricordare professore nonché Assessore provinciale all'Istruzione e quindi conoscitore profondo della realtà del mondo scolastico. Prego professor Valduga.

Guglielmo Valduga

Una cordiale buongiorno a tutti voi. Preciso subito che ero stato Assessore all'Istruzione, non lo sono più.

Vi porto il saluto della città, di una città, quella di Rovereto, che ha un ruolo nella cultura non solo trentina, ma italiana, il ruolo di chi ama ricercare, di chi ama la conoscenza, di chi vuole approfondire i percorsi del sapere. È questa la connotazione più alta di Rovereto. Non è un caso che proprio perché incamminata lungo questa strada, Rovereto propone al mondo trentino – e non solo al mondo trentino – occasioni di assoluto rilievo, in termini di approfondimento dei temi che attraversano la complessa vita degli uomini.

Pone questo stato di cose, attraverso il mondo dell'economia. Qui siamo dentro una delle strutture più significative della ricerca industriale ed economica: cioè la capacità di mettersi al riparo dalla concorrenza sempre più forte, immaginando un mondo economico che si organizzi lungo le linee di un'intelligenza sempre più avanzata. Rovereto pone ai propri cittadini, ma poi ai visitatori, un'occasione irripetibile, che è quella del Mart, Museo di Arte Moderna e contemporanea, che non è solo un fatto espositivo, inerte, ma è un luogo dove l'uomo si esercita lungo le piste dell'arte e dell'espressione.

Mette in crisi il passato perché i fenomeni artistici nuovi sono sempre in contrasto con il passato. Non per distruggere ciò che è messo in discussione, ma per vedere quanto di futuro esiste in ciò che si mette in discussione e quindi per programmare il futuro.

Rovereto è una città che si pone in maniera sempre più forte rispetto a un tema di assoluta valenza mondiale, quello della Pace. Immaginare che la globalizzazione non possa essere una specie di agguinzatura di civiltà a civiltà, ma invece deve essere una capacità di comprensione delle varie civiltà. Quindi mettere insieme gli strumenti e le modalità perché questo possa avvenire: questa è Rovereto, oltre ad altro che non vi dico.

Rovereto è, per rimanere nel campo della scuola – e vengo al saluto in maniera più puntuale –, la città che ha scommesso e che vuole scommettere su una Facoltà, quella di Scienze Cognitive che è assolutamente nuova nel panorama italiano e forse non solo italiano; che è ancora nella fase immediatamente post-natale e che ha davanti spazi e pos-

sibilità da percorrere, che può percorrere se le volontà della Provincia, dell'Università, del Comune, riescono a coniugare un verbo che è quello del fare e non quello del dire.

Ecco allora perché io sono qui a ringraziare i Lions, perché questo è un convegno che vuol fare. Vuol fare qualcosa di positivo, si immette nel tessuto vivo della società, guarda a una fascia importante e significativa, quella dei 5-6-7 anni della nostra vita, per vedere se tutto procede bene. Forse invece questa pianta, questo albero ha qualche alimento, qualche radice che non porta a far sì che poi cresca in maniera armonica, tale da poter essere protagonista, libero e cosciente della propria vita e della vita sociale.

Io credo che questo convegno sia animato – mi pare che in qualche misura l'abbia svolto dal punto di vista medico – da un'esigenza, che però è trasversale alla vita della comunità, ovvero l'esigenza dell'etica, del sapere che ognuno di noi deve far bene il proprio compito e deve impegnarsi al massimo, là dove esercita responsabilità sia di tipo lavorativo che tipo politico o altro.

Io allora sono veramente felice oggi di vedere qui una frequenza e una attenzione che ci garantiscono della presenza di una dimensione etica in quanti qui sono presenti. La volontà di conoscere per poi utilizzare queste conoscenze, questi saperi, in maniera proficua nella propria professione.

È importante pensare che questo avviene in un connubio tra la scuola, che ha un'importanza notevole nella vita sociale, la famiglia, che spesso e volentieri purtroppo è stata in qualche misura marginalizzata, spesso e volentieri è messa nelle condizioni di non poter essere agenzia formativa, come invece dovrebbe e deve essere.

Io assisto con grande preoccupazione al dibattito intorno alla sottolineatura della necessità che i diritti siano salvaguardati, senza pensare che spesso e volentieri la salvaguardia di questi diritti si traduce nella negazione dei diritti di altri. Qui è il punto. Io credo che i diritti vadano salvaguardati, ma vanno anche salvaguardati i diritti degli altri e va assunta da parte nostra la responsabilità di essere coerenti rispetto a ciò che abbiamo promesso, a ciò che vogliamo fare della nostra vita, a quali sono le incombenze cui ci siamo volontariamente posti di fronte. Questo dovrebbe essere a mio giudizio il modo di operare un dibattito serio. Probabilmente allora le divisioni sarebbero minori, probabilmente allora cominceremmo a capire che i passi da fare non devono essere quelli del decreto-legge, o delle leggi nate non dal popolo ma all'interno di alleanze, che devono comunque produrre qualche cosa per poter continuare a essere insieme.

Parlavo della questione etica: qui c'è il mondo medico che esprime tutta la sua volontà di essere parte attiva e la esprime anche con una sottolineatura che mi pare di aver colto e che comunque voglio cogliere, rispetto allo stato delle cose del Trentino; che non sono poi così tutte perfette, a posto, da isola felice come qualcuno vuole farci

intendere. Di fronte alla malattia non ci si deve muovere con i codici dell'azienda, con la tempistica della fabbrica che produce bulloni, con le carenze dal punto di vista del personale, ma bisogna invece avere i tempi, perché la diagnosi non può essere fatta con un orologio in mano, ma invece deve essere fatta con i tempi necessari, così come per chi insegna è necessario che vi siano i tempi giusti per poter far passare dall'insegnante all'alunno il contenuto, il gusto del sapere, la modalità per apprendere.

Ecco allora che l'amministrazione comunale di Rovereto, in collaborazione con l'Assessorato all'Istruzione e con la Provincia, chiede che vi sia a Rovereto un centro permanente di aggiornamento degli insegnanti. Non si può essere bravi insegnanti se non ci si aggiorna quotidianamente, non si può essere bravi insegnanti se l'ente pubblico non ci accompagna – vedete che parlo come se fossi ancora insegnante – non accompagna gli insegnanti con tutti gli strumenti necessari perché possa essere svolta al meglio una delle attività cardine della vita di una società.

All'Università di Padova, un insegnante di latino mi diceva che il medico quando sbaglia ha il potere di uccidere un uomo, ma il professore, quando sbaglia, corre il rischio di ucciderne 25 in un colpo. Allora è necessario che questi errori non ci siano.

Importanti quindi i tempi e le modalità. Io mi auguro che questo possa avvenire proprio di fronte ad una comunità così reattiva e pronta a essere partecipe.

Concludo questo intervento riportando una poesia di Prévert, che si rivolge a questo tema, come l'attenzione può essere continua, oppure no. *“Due più due fa quattro, quattro più quattro fa otto, otto più otto fa sedici, e sedici più sedici fa trentadue, ma l'alunno non sente più queste parole, le mura della classe sono diventate spazio aperto, i banchi sono alberi, è entrato nella sua mente l'uccello lira e lo ha liberato”*. È importante trovare i tempi e i modi per cui quell'uccello lira possa essere veramente la libertà dell'espressione dell'individuo e non invece il bombardamento non proficuo che ti fa perdere l'attenzione e ti fa diventare patologia.

Grazie e buon lavoro.

Fulvio Campolongo

Ringrazio tutte le autorità intervenute. Permettetemi di esprimere un grazie di cuore, molto sentito, a tutti i relatori che hanno voluto rispondere positivamente a questo nostro invito.

Inviterei a salire sul palco il professor Bernardo Dalla Bernardina, professore ordinario di Neuropsichiatria infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona, per moderare i lavori della mattinata; iniziano un po' in ritardo e di questo ci scusiamo, ma era inevitabile.

Grazie ancora e buon lavoro.

Prima sessione

Bernardo Dalla Bernardina, moderatore

Buongiorno a tutti. Vedo – e immagino farà piacere agli organizzatori – che siete molti e credo abbiate fatto bene a venire, perché credo la giornata sarà estremamente utile. Gli organizzatori vanno ringraziati principalmente per il coraggio di aver organizzato una riunione di questo genere, nelle condizioni attuali che conoscete meglio di me; in secondo luogo per aver saputo costruire un programma che riporti l'interesse al soggetto e quello di cui il soggetto – bambino con Disturbo di Attenzione o di Iperattività – necessita che venga riconosciuto, preso in considerazione nei termini di applicargli un trattamento che corrisponda a un vestitino che gli si adatti oppure a una divisa che gli andrebbe stretta o larga a seconda della petizione di principio sulla quale è stata costruita.

Purtroppo non c'è solo il problema del bambino con l'ADHD, abbiamo quotidiana dimostrazione di come i soggetti in difficoltà, i bambini con problematiche più o meno pesanti, finiscono con il non essere più soggetti di attenzione, soggetti di valutazione attenta, basata su conoscenze ben precise, ma oggetti strumentali di costruzione e ripetizione di principio, di lotte di parte, in cui la competenza è rappresentata dalla visibilità politica, sociale, dei contendenti, piuttosto che la loro competenza nel merito.

Quindi credo che guardando il programma, gli argomenti, la modalità con cui sono stati affrontati e la competenza con cui verranno affrontati dai relatori scelti, si è stati in grado di riportare effettivamente il problema a quello che deve essere, cioè tenere in considerazione in primo luogo che siamo di fronte a una situazione di tipo sindromico, e come in tutte le situazioni di tipo sindromico significa che siamo di fronte ad una condizione nella quale il disturbo che sta nel titolo è uno degli elementi che questi soggetti hanno in comune, al di sotto del quale esistono differenze fondamentali dal punto di vista delle cause eziologiche, delle cause favorevoli, delle storie che portano ad avere un sintomo che li accomuna tra loro e come, di conseguenza, sia illusorio pensare di poter affrontare – o addirittura risolvere – il problema di questi bambini, effettuando delle prese in carico terapeutiche che siano stereotipi, che siano le stesse per tutti.

La seconda cosa evidente – riconoscendosi l'esigenza della presenza del mondo medico o del mondo della scuola e della famiglia – è che si tratta di una condizione nella quale il disturbo non prescinde dall'essere anche un disturbo all'interno della relazione, dove le manifestazioni sono più o meno disagianti, più o meno distur-

banti, più o meno di sofferenza del bambino e delle persone che gli stanno intorno, in funzione dell'ambiente nel quale vive. È vero che si tratta di bambini che possono mettere a dura prova il corpo insegnante, è vero che, se visti deontologicamente in maniera corretta, possono mettere in prima battuta a dura prova il medico chiamato a fare una diagnosi, perché non è una diagnosi semplice, per quanto possa sembrarlo superficialmente; è vero che mettono a dura prova le famiglie all'interno delle quali si trovano a crescere; è anche vero che la scuola, la struttura familiare, il mondo all'interno del quale loro sono costretti in qualche modo a vivere, li mette a dura prova. È ovvio di conseguenza che è impossibile ipotizzare di risolvere il problema intervenendo direttamente e solo ed esclusivamente sul bambino, ma è indispensabile intervenire sull'insieme dell'ambiente, degli attori, questo spiega perché rappresentare non può che essere una presa in carico, che non può prescindere da interventi diretti ed esclusivi sul bambino ma che inevitabilmente non può funzionare se non è una presa in carico che coinvolga tutti gli attori di questo bambino, che sono gli ambienti, le persone con le quali questo bambino deve crescere, deve essere messo nelle condizioni di crescere nella maniera meno difficile di quella che lo ha portato a ritrovarsi in una condizione di questo genere.

Penso che a questo punto l'importante sia consentirvi di passare all'acquisizione di conoscenze concrete, per cui chiamo il professor Zuddas a iniziare i lavori.

Il professor Zuddas affronta i problemi degli aspetti neurobiologici, gli aspetti più eziologici, che stanno alla base, quelli che conosciamo, quelli che possiamo ipotizzare, che sicuramente sono quota parte di quelli che in realtà interagiscono, che possono sostenere il Deficit di Attenzione ed Iperattività.

Neurobiologia dell'ADHD

Alessandro Zuddas, Laura Lecca, Carmen Puddu

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività e Impulsività, noto anche come ADHD dall'acronimo inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, è tra le più frequenti patologie psichiatriche in età evolutiva. Si manifesta con un esordio prima dei sette anni d'età, o ancor più frequentemente prima dei cinque anni. Può persistere nell'adolescenza e nell'età adulta con diversi quadri clinici, interferendo con lo sviluppo e il comportamento sociale del bambino ed esponendolo al rischio di sviluppare altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nell'età adulta (*Zuddas et al, 2000*).

Gli aspetti salienti del disturbo sono rappresentati dal comportamento iperattivo, facile distraibilità, difficoltà nell'inibizione delle risposte impulsive e alterazioni della percezione del tempo. Spesso però il motivo per cui viene richiesta la visita del Neuropsichiatria Infantile non è costituito dalla presenza di iperattività, impulsività e/o inattenzione, ma la presenza di altri problemi spesso associati, quali difficoltà scolastiche, oppositività (il dire sempre "no" a qualsiasi indicazione ordine o suggerimento), provocatorietà fino alla violazione sistematica delle regole, bassa autostima e conseguente demotivazione, fino a veri e propri disturbi d'ansia e dell'umore (marcata tristezza, irritabilità, incapacità a provare piacere nella attività precedentemente preferite, etc.). Tali disturbi associati vengono resi significativamente più gravi dalla presenza di ADHD: il non considerare questi disturbi, nel loro insieme, rendono scarsamente efficaci qualsiasi altro intervento terapeutico. Altre volte vengono invece definiti iperattivi bambini relativamente più vivaci e movimentati dei coetanei, ma con accettabile rendimento scolastico e "funzionamento globale".

In realtà i bambini "realmente" ADHD non solo manifestano eccessiva iperattività motoria, impulsività e marcata difficoltà a concentrarsi e portare a termine le azioni intraprese, ma tali comportamenti costituiscono la caratteristica peculiare e costante del bambino/adolescente, che compromette in maniera significativa le sue attività quotidiane e le sue capacità di integrazione sociale scolastica e familiare; tali difficoltà sono spesso presenti fin dalla prima infanzia. In pratica i bambini con ADHD non sono bambini vivaci, ma sono bambini che, per le loro caratteristiche comportamentali, vengono spesso esclusi dalle situazioni sociali (es. attività sportiva, scolastica, di tempo libero) cui partecipano i loro coetanei. A ciò si aggiunge il fatto che quasi costantemente questi bambini hanno un'interazione negativa anche con i

genitori in quanto la gran parte della comunicazione consiste in rimproveri, critiche, punizioni. È interessante notare che le caratteristiche cliniche dei bambini ADHD sono costantemente indipendenti dagli aspetti culturali o geografici di vita (Polanczyk et al, 2007; Zuddas et al, 2006).

Scopo di questa presentazione è quello di cercare di illustrare come tali comportamenti dipendano da specifiche caratteristiche neuropsicologiche del bambino che a loro volta sono correlati ad alterazioni “misurabili” di specifici circuiti di neuroni cerebrali: la conoscenza di tali alterazioni è spesso fondamentale per pianificare ed implementare specifiche strategie di intervento terapeutico sia di tipo psicoeducativo, che, quando necessario, farmacologico.

“COME FUNZIONANO I BAMBINI ADHD?”

Per “stare attenti” occorre attivare diverse funzioni cognitive come l'orientamento, la capacità di controllare ed inibire le risposte automatiche a stimoli esterni (risposte impulsive), la memoria, etc. Negli ultimi dieci anni sono state individuate specifiche regioni del cervello capaci di modulare i singoli aspetti dell'attenzione. Alcune zone del cervello sono in grado di rendere l'individuo pronto a reagire a nuovi stimoli ambientali, interrompendo le attività fisiche o mentali in corso (*sistema di allerta*), altre controllano la capacità di orientarsi su un particolare oggetto o situazione, “cancellando” o attenuando la percezione degli altri oggetti o situazioni (*sistema di orientamento*), altre ancora permettono la scelta tra i diversi possibili comportamenti o attività mentali in risposta a ciò che accade intorno all'individuo, coordinando un comportamento o attività ed inibendone gli altri (le cosiddette “Funzioni esecutive”; Posner e Peterson, 1990).

La capacità di inibire alcune risposte motorie ed emotive a stimoli esterni, al fine di permettere la prosecuzione delle attività in corso (*autocontrollo*), è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito. Per raggiungere un obiettivo nello studio o nel gioco, occorre essere in grado di ricordare lo scopo (*retrospezione*) di definire ciò che serve per raggiungere quell'obiettivo (*previsione*), di tenere a freno le emozioni e di motivarsi. Durante lo sviluppo, la maggior parte dei bambini matura la capacità ad impegnarsi in attività mentali che li aiutano a non distrarsi, a ricordare gli obiettivi e a compiere i passi necessari per raggiungerli (Barkley 1997).

Le “funzioni esecutive” possono essere considerate come funzioni cognitive che servono a mantenere la capacità di risolvere i problemi, allo scopo di raggiungere un obiettivo; comprendono la capacità di inibizione di risposte in atto o automatiche, la flessibilità di modificare le proprie azioni a seconda del contesto (*set-shifting*), la fluency cognitiva o capacità di generare nuove idee e concetti, la capacità di pianificazione e la capacità di mantenere le informazioni al fine di manipolarle per generare nuove soluzioni memoria di lavoro (memoria di lavoro; *Shallice et al, 2002; Pennington e Ozonoff, 1996; Sergeant, 2005*).

I bambini con ADHD mancano di flessibilità attentiva e strategica, mostrano spesso scarse capacità di pianificazione e di memoria di lavoro e non riescono a monitorare in maniera efficace il loro comportamento. In uno studio che abbiamo condotto in collaborazione con Gian Marco Marzocchi, è emerso che bambini con ADHD, quando confrontati con bambini con disturbi della lettura e bambini di controllo, presentavano specifiche alterazioni di alcune funzioni quali il controllo dell'interferenza (bloccare una risposta automatica non più opportuna in quanto è cambiato il contesto cui rispondere), memoria di lavoro verbale, della flessibilità cognitiva, della capacità di pianificare e della fluency verbale (*Marzocchi et al, 2008*). Tali compromissioni sono peraltro comuni anche ad altri disturbi psicopatologici dell'età evolutiva: solo il deficit nel controllo inibitorio è stato considerato uno degli aspetti caratteristici e primari dell'ADHD (*Sergeant et al, 2002; Tannock, 1998*). Occorre inoltre considerare che tali alterazioni non erano presenti in tutti i bambini studiati e che tale “disomogeneità neuropsicologica” è stata riscontrata anche in molti altri studi (*Nigg, 2005; Castellanos et al, 2006*).

Un modello alternativo di spiegazione delle difficoltà cognitive e comportamentali di bambini con ADHD è quello della *Delay aversion* elaborato da Sonuga-Barke (*Sonuga-Barke et al, 1996*), che si basa sull'assunzione che i sintomi dell'ADHD siano l'espressione funzionale di uno stile motivazionale piuttosto che il risultato di un alterato sistema inibitorio. Il comportamento inattentivo, impulsivo e iperattivo rappresenta l'espressione funzionale del fatto che, messo di fronte alla scelta tra attesa e immediatezza, il bambino con ADHD sceglie l'immediatezza; quando non può scegliere tende a ridurre la percezione del tempo d'attesa creando o seguendo aspetti non temporali dell'ambiente (si muove o si distrae). Tale modello spiega come i bambini con ADHD, posti di fronte alla scelta di una piccola ricompensa immediata o una maggiore posticipata nel tempo, scelgano la ricompensa immediata, indipendentemente dalla sua entità; quando il tempo d'attesa viene allungato dall'esaminatore per entrambe le ricompense, sono invece in grado di scegliere la ricompensa maggiore.

Tale comportamento appare correlato sia ad una diversa percezione delle gratificazioni che ad una differente percezione del tempo (*Toplack e Tannock, 2005*); i bambini con ADHD mostrano una notevole variabilità intra-individuale nella organizzazione temporale delle loro attività motorie, responsabile a sua volta della alterata sincronizzazione senso-motoria (*Castellanos et al, 2006*).

Un tentativo di conciliare tali modelli è stato elaborato negli anni scorsi da Joseph Sergeant e si basa sulla definizione di tre livelli cognitivi: i meccanismi di elaborazione ed esecuzione della risposta, i meccanismi energetici di sforzo/attivazione ed il sistema di controllo costituito dalle funzioni esecutive (*Sergeant et al, 1999*). Il livello di sforzo/attivazione, definibile come capacità di collegare uno sforzo adeguato all'attività mentale richiesta è influenzato dallo stato di allerta, dalla fatica o mancanza di sonno e dall'intervallo tra gli stimoli. Nei bambini con ADHD, le performance diminuiscono quando vengono utilizzati lunghi intervalli tra gli stimoli ovvero quando l'intervallo temporale tra avviso ed obiettivo aumenta (*Sergeant et al. 1999; Scheres et al., 2001*), suggerendo un'alterazione della capacità di autoregolazione per difficoltà di collegare uno sforzo adeguato alle richieste. Tale modello suggerisce che l'ADHD, così come i disturbi dirompenti del comportamento, sia caratterizzato da un deficit del controllo inibitorio. Numerosi studi suggeriscono che tali deficit di inibizione associati con l'ADHD, possono essere almeno in parte spiegati da una disfunzione energetica. L'attivazione e lo sforzo utilizzato per eseguire un'attività sono infatti rilevanti nei bambini ADHD, in quanto direttamente correlate all'organizzazione delle risposte (*Sergeant, 2005*).

In realtà è possibile individuare, in bambini con ADHD di tipo combinato, sia la presenza alternativa o contemporanea che l'assenza, sia delle alterazioni della capacità di inibizione che di "avversione per l'attesa" (*Solanto et al, 2001*), suggerendo che le caratteristiche neuropsicologiche di bambini e adolescenti con ADHD possano essere diverse e che l'ADHD debba essere considerato un disturbo fortemente eterogeneo dal punto di vista neuropsicologico e quindi biologico.

INTERVENTO PSICOEDUCATIVO

Indipendentemente dalle alterazioni neuropsicologiche specifiche del singolo bambino/adolescente, i meccanismi prima citati possono essere utili per definire gli ingredienti fondamentali di ogni programma psicoeducativo efficace (*van der Hooftakker et al, 2007; Sonuga-Barke et al, 2004- 2001; Dopfner e Sattel, 1991*).

In una classe delle scuole elementari, con un insegnante normale la gran parte degli allievi sta attenta ed è interessata per il 60% del tempo. In una classe con un insegnante particolarmente carismatico, che interagisce in maniera affascinante su argomenti particolarmente interessanti, gli allievi riescono a stare attenti per l'80% del tempo; un insegnante poco capace attira l'attenzione degli allievi per non più del 30% del tempo. Un bambino con ADHD lieve sta attento normalmente per il 30% del tempo: se trova un insegnante carismatico sta attento il 60% del tempo, ossia quanto un coetaneo non ADHD con un insegnante "normale". Al contrario, un ragazzino con ADHD grave, che sta in genere attento per non più del 10% del tempo, anche con il migliore insegnante, starà attento il 20% del tempo.

Da questo semplice esempio è facile dedurre come, per stare attenti, apprendere e rispondere in maniera adeguata agli stimoli ambientali, oltre alla capacità di inibire le risposte automatiche e di attivare le diverse funzioni esecutive, occorre considerare altri fattori, quali la percezione del tempo, le modalità di presentazione delle informazioni, la modalità di motivazione/gratificazione. È quindi cruciale la velocità con cui vengono presentate le informazioni da mantenere e analizzare per guidare un comportamento, come anche la necessità di insegnare a scomporre richieste complesse in azioni semplici tra loro correlate, la cui esecuzione comporti rapidamente un'adeguata gratificazione: sulla base di quanto esposto appare evidente come, per i bambini con ADHD, la rapidità della ricompensa sia significativamente più importante della sua entità ("meglio un premio piccolo subito che uno grande dilazionato nel tempo").

È possibile quindi ridurre gli atteggiamenti negativi ed aumentare quelli positivi pianificando e producendo opportune conseguenze ai comportamenti del bambino. I comportamenti soggetti a rinforzo solitamente riguardano lo svolgimento di un compito, l'esecuzione delle attività assegnate, l'uso di efficaci strategie cognitive e il controllo dei propri impulsi. I comportamenti che determinano la perdita dei rinforzi, ed eventualmente l'utilizzo di punizioni, riguardano generalmente le manifestazioni di oppositività, la distruttività o l'impulsività. I bambini richiedono frequenti ed immediate informazioni sull'accettabilità dei loro comportamenti. I premi e le punizioni possono perdere rapidamente il loro potere e vanno quindi accuratamente selezionate e gestite.

Genitori e insegnanti possono, inoltre, anticipare gli eventi al posto dei bambini, scomponendo i compiti in azioni semplici ed offrendo piccoli premi ed incentivi. Devono imparare ad analizzare ciò che accade al bambino prima, durante e dopo il

comportamento inadeguato e rendere comprensibile al bambino il tempo, le regole e le conseguenze delle azioni. Tutto ciò al fine di permettere ai bambini iperattivi di ampliare il proprio repertorio interno di informazioni, regole e motivazioni (*Lauth et al, 2006*).

Se si considera come “funzionano” i bambini con ADHD, appare evidente come un intervento psicoeducativo debba basarsi su tecniche comportamentali messe in atto sia in situazioni di gioco che in attività di tipo scolastico, focalizzate su:

- a. Problem solving: riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la procedura per risolvere il problema, ecc..
- b. Autodistruzioni verbali al fine di acquisire un dialogo interno che guidi alla soluzione delle situazioni problematiche.
- c. Stress inoculation training, ovvero indurre il ragazzo ad auto-osservare le proprie esperienze ed emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, aiutarlo ad esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto, L'acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi ed aggressivi.

“COME FUNZIONA IL CERVELLO DEI BAMBINI ADHD?”

Numerose evidenze indicano come i circuiti cerebrali associati al controllo esecutivo siano localizzati nella corteccia pre-frontale dorso-laterale e orbito-frontale, nel giro cingolato anteriore, nell'area motoria supplementare, in porzioni dei nuclei della base e nel talamo (*Duncan and Owen, 2000*). Studi di *neuroimaging* funzionale su soggetti sani hanno mostrato che la memoria di lavoro, suddivisibile nelle due componenti di Mantenimento delle informazioni (selezione attiva, comparazione e giudizio) e Manipolazione (definizioni di strategie e controllo delle interferenze), comporta l'attivazione bilaterale delle cortecce prefrontali ventro e dorso laterale, dell'insula, della porzione anteriore del giro del cingolo e della corteccia parietale (informazioni verbali) o temporo-occipitale (informazioni spaziali; *Levy and Swanson, 2001*).

Le aree più studiate sono state la corteccia prefrontale, il cervelletto, i gangli della base (globo pallido e caudato) e il lobo temporale. In tutte queste aree è stato rilevato un volume ridotto (*Castellanos et al, 2002; Durston et al, 2004*). Altri studi hanno rilevato una riduzione bilaterale della corteccia prefrontale dorsolaterale (*Durston et al, 2004; Seidman et al, 2004-2005; Mostofsky et al, 2002; Kates et al, 2002*), soprattutto a carico delle porzioni inferiori.

L'area in cui le differenze tra soggetti con ADHD appaiono maggiori è costituita dai lobuli VIII-X del cervelletto (*Castellano et al, 1996*). Soggetti ADHD e i loro fratelli non ADHD, hanno in comune le alterazioni del lobo frontale e di altre parti del cervello, ma differiscono per le dimensioni del cervelletto (*Durston et al, 2004*). Ciò suggerisce che le alterazioni morfologiche del cervelletto siano in relazione alla componente non genetica, cioè correlata agli stimoli ambientali durante lo sviluppo, che cambiano anche la morfologia cerebrale. È opportuno ricordare che, in ogni caso, le variazioni volumetriche descritte sono relativamente modeste: le differenze riscontrate nel cervelletto possono essere quantificate nel 5% del volume: quindi non è possibile considerarle, nel singolo soggetto sufficienti per poter formulare la diagnosi.

Il nucleo caudato risulta significativamente più piccolo nell'infanzia ma, a differenza delle altre aree studiate, tale differenza statistica scompare in adolescenza. Ciò mette in rilievo una stretta correlazione tra queste modificazioni volumetriche e l'evoluzione clinica dell'iperattività motoria, che in adolescenza tende ad attenuarsi fino a scomparire (*Castellano et al, 2002*).

Più recentemente, valutando specifiche regioni corticali, è stato messo in evidenza che la maturazione (espressa come variazione nello spessore della corteccia) delle regioni prefrontali, importanti per il controllo cognitivo, inclusa l'attenzione e la pianificazione motoria, avviene con alcuni anni di ritardo (10.5 anni di età rispetto ai 7,5 dei bambini con ADHD; *Shaw et al, 2007*). È interessante notare che la presenza dell'isoforma lunga (DRD4-7 repeats) del recettore D4 per la dopamina, risulta associata, in età scolare, ad un minor spessore della corteccia orbitofrontale, pre-frontale dorsolaterale (specie destra) e parietale posteriore: d'altra parte la presenza di tale isoforma genica appare correlata con un miglior decorso clinico del disturbo e con normalizzazione dello spessore corticale in adolescenza (*Shaw et al, 2007*).

Tecniche di risonanza funzionale hanno messo in evidenza che, nei soggetti con ADHD specifiche regioni della corteccia prefrontale e dei nuclei della base mostrano tempi di attivazione più lenti e consumano meno ossigeno delle regioni corrispondenti dei soggetti di controllo. Esiste un generale consenso sul fatto che nell'esecuzione di test di inibizione (stop task che richiede l'inibizione di una risposta motoria pianificata) o di un test di controllo temporale di una risposta motoria ad uno stimolo intermittente (delay task), gli adolescenti con ADHD mostrano una minore attivazione della corteccia temporale destra durante entrambe le prove, e della corteccia prefrontale inferiore destra e del caudato di sinistra durante lo stop task (*Rubia et al, 1999; Vaidya et al, 1998*). Più recentemente il gruppo di Katie Rubia ed Eric Taylor

hanno messo in evidenza che le anomalie funzionali nel cervello di soggetti con ADHD non è limitata alle regioni frontostriatali che mediano le funzioni esecutive, ma possono anche essere osservate nelle regioni di circuiti temporo-striatali e cingolato anteriore, quando queste vengono attivate da processi visuospatiali (*Rubia et al, 2007*). Lo studio dell'attività corticale durante test di inibizione permette inoltre di differenziare soggetti con ADHD, nei quali si osserva una minore inibizione delle regioni prefrontali rispetto ai controlli, dai soggetti con disturbo di condotta, nei quali si osserva una minore attivazione delle regioni temporo-parietali posteriori (*Rubia et al, 2008*).

GENI E NEUROTRASMETTITORI

L'attività delle regioni prefrontali e delle strutture ad esse correlate quali il caudato e gli altri nuclei della base, sono modulate da diversi neurotrasmettitori: noradrenalina e soprattutto dopamina sono quelli maggiormente studiati e conosciuti. Studi di genetica molecolare hanno rivelato che la diagnosi di ADHD è spesso, ma non costantemente (*Castellanos et al, 1998*), associata a particolari polimorfismi nei geni implicati nella funzionalità (o nelle funzioni) della dopamina (*Faraone et al, 2005*). Alcuni esempi di ciò sono gli specifici aplotipi dei geni che codificano per i recettori dopaminergici tipo 4 (DRD4 allele con 7 ripetizioni), e tipo 5 (DRD5 allele 148bp), e per il trasportatore della dopamina (DAT allele con 10 ripetizioni) (*Faraone et al, 2001; Wang et al, 2004*). Il DRD4 è localizzato soprattutto nella corteccia prefrontale, dove modula i segnali eccitatori dipendenti dalla dopamina, tra cui le funzioni cognitive come la memoria di lavoro. L'allele con 7 ripetizioni del DRD4 sembra codificare per un recettore meno sensibile alla dopamina (*Asghari et al, 1995*) e rappresenta uno degli alleli maggiormente legati al rischio genetico di ADHD (dal 25% al 50%; *Faraone et al, 2001; Wang et al, 2004*).

È stato anche riportato un ruolo nell'eziologia dell'ADHD dei geni che codificano per i recettori DRD1 (*Misener et al, 2004*), per i recettori della serotonina (*Hawi et al, 2002; Quist et al, 2003*), per il trasportatore della serotonina (*Seeger et al, 2001*), per i recettori nicotinici (*Comings et al, 2000*) e per il gene SNAP-25, coinvolto nella plasticità neuronale e nella regolazione del rilascio dei neurotrasmettitori (*Barr et al., 2000; Mill et al, 2002*).

Anche i geni che regolano la trasmissione noradrenergica appaiono implicati: il polimorfismo genico dell'enzima dopamina- β -idrossilasi è stato riportato associato con

l'ADHD (D β H; *Daly et al, 1999; Smith et al, 2003*); nel plasma di pazienti ADHD sono stati riscontrati bassi livelli di D β H, che potrebbero determinare uno squilibrio nella conversione della dopamina in noradrenalina. Specifici polimorfismi del gene per il recettore α 2a della noradrenalina (ADRA 2A) sono risultati correlabili alla sintomatologia inattentiva (*Roman et al, 2003-2006; Schmitz et al, 2006; Polanczyk et al, 2007*).

I risultati dei diversi studi convergono sul fatto che sia fattori genetici che non genetici contribuiscono allo sviluppo dell'ADHD (*Mick e Faraone, 2008*). Studi familiari e sui gemelli indicano chiaramente il ruolo dei geni nel mediare la vulnerabilità per l'ADHD. La significatività statistica dell'associazione tra ADHD e specifici geni candidati appare però relativamente modesta: ciò suggerisce che molti geni, ognuno con un effetto relativamente modesto, modulino tale suscettibilità. Alcune alterazioni geniche implicate nell'ADHD appaiono presentare effetti pleiotropici: è stato proposto che l'ADHD condivida dei fattori di suscettibilità genetica con patologie come la dislessia (*Smalley et al, 2002; Willcutt et al, 2002*) e l'autismo (*Bakker et al, 2003; Smalley et al, 2002*).

Sono considerati importanti fattori ambientali di rischio le complicazioni ostetriche prenatali e perinatali, il basso peso alla nascita, l'esposizione in gravidanza a benzodiazepine, alcool o nicotina e lesioni perinatali dei nuclei della base (*Gillberg et al, 1983; Thapar et al, 2003*). Inoltre sono stati chiamati in causa fattori come gravi deprivazioni nutrizionali, l'educazione in istituti, reazioni idiosincrasiche agli alimenti e l'esposizione a livelli tossici di piombo (*Biederman et al, 1995; Rutter et al., 2002*).

INTERVENTO FARMACOLOGICO

Sulla base di quanto riportato finora, appare evidente che l'ADHD debba essere considerato un disturbo neurobiologico caratterizzato dalla difficoltà di decodificare in maniera adeguata gli stimoli ambientali e di programmare ed attuare risposte cognitive e comportamentali adeguate. Gli interventi psicoeducativi e di modifica del contesto appaiono cruciali per definire ed attuare strategie terapeutiche efficaci: talvolta la presenza di alterazioni biologiche (neuropsicologiche, anatomiche, funzionali, biochimiche) significative o le difficoltà nella modulazione del contesto rendono non sufficientemente efficaci gli interventi psicoeducativi.

Quando un intervento ambientale, comportamentale non è sufficiente, si deve quindi considerare la possibilità di modulare le alterazioni neurofisiologiche o neu-

rochimiche attraverso la terapia farmacologica, che si basa su farmaci psicostimolanti e non psicostimolanti

I farmaci psicostimolanti più comunemente utilizzati sono il *Metilfenidato* e la *Destroamfetamina*. La Destroamfetamina (a seconda dei sali di esterificazione) ha una emivita più lunga rispetto al metilfenidato e può essere somministrata due volte al giorno (Swanson *et al.*, 1998), ma non è attualmente in commercio in Italia. Numerosi studi controllati e randomizzati (Santosh e Taylor, 2000; Taylor, 2004, Banachewski 2006), effettuati su bambini ed adolescenti, confermano l'efficacia degli psicostimolanti nel migliorare in maniera consistente, rapida e duratura i sintomi dell'ADHD quali impulsività, inattenzione e iperattività; inoltre migliorano la qualità delle relazioni sociali, riducono l'aggressività e aumentano l'aderenza agli interventi adottati. Il 90% dei bambini trattati risponde alla terapia, senza la comparsa di significative reazioni avverse, che nella maggior parte dei casi sono di lieve entità e gestibili tramite l'aggiustamento della dose (Elia *et al.*, 1991).

Gli psicostimolanti rappresentano la classe di farmaci maggiormente studiata in età evolutiva. Agiscono sui trasportatori per le monoamine (Volkow *et al.*, 1998; Santosh and Taylor, 2000): il metilfenidato modula, soprattutto, la quantità di dopamina (e di noradrenalina), presente nello spazio inter-sinaptico, interagendo sul meccanismo di rilascio e ricattura delle monoamine (Volkow *et al.*, 1998; Solanto, 1998). Migliora l'attività della corteccia prefrontale agendo sulle vie dopaminergiche e noradrenergiche (Arnsten *et al.*, 2006). A bassi dosaggi, nelle aree subcorticali, è maggiore l'effetto sui sistemi noradrenergici che su quelli dopaminergici (Kuczenski *et al.*, 2005). Nei bambini, gli effetti terapeutici degli psicostimolanti non diminuiscono con l'uso prolungato, e non comportano un aumentato rischio di abuso e dipendenza (Barkley *et al.*, 1990; Spencer, 1996; Biederman, 2008). Numerosi studi mostrano che i soggetti con ADHD non trattati, sono più a rischio di sviluppare, in adolescenza, tossicodipendenza e disturbi psicopatologici, rispetto a quelli trattati con psicostimolanti da bambini (Biederman *et al.*, 1999; Huss *et al.*, 2002; Wilens *et al.*, 2003; Biederman e Faraone 2008). Tuttavia, la possibilità di un uso incongruo, da parte degli adolescenti o degli adulti responsabili del bambino, deve essere sempre considerata (Faraone *et al.*, 2000; Taylor *et al.*, 2004).

Gli effetti indesiderati degli psicostimolanti, e del metilfenidato in particolare, sono in genere dose dipendenti, modesti e facilmente reversibili (Elia *et al.*, 1998; Santosh e Taylor 2000; Taylor, 2004; Banascheski, 2006). I più comuni sono diminuzione di appetito, insonnia, irrequietezza e gastralgia (American Academy of Pediatrics, 2001;

Taylor et al, 2004). La riduzione della dose, e altri accorgimenti quali evitare le somministrazioni serali, per prevenire l'insonnia, e la somministrazione del farmaco dopo i pasti, per controllare la perdita d'appetito e i disturbi gastrointestinali, rappresentano strategie efficaci per eliminare o ridurre i più comuni effetti collaterali. In individui predisposti, gli psicostimolanti possono indurre o peggiorare movimenti involontari, tic e idee ossessive o manierismi. In alcuni bambini, gli psicostimolanti possono indurre variazioni rapide del tono dell'umore con aumento o diminuzione dell'eloquio, ansia, eccessiva euforia, irritabilità, tristezza (disforia). Raramente si sono verificate gravi reazioni avverse cardiovascolari ed è perciò necessario eseguire, prima della prescrizione, un'attenta anamnesi cardiologica del soggetto e della sua famiglia.

Pur essendo il metilfenidato il farmaco di prima scelta per la terapia dell'ADHD, alcuni pazienti non rispondono adeguatamente o presentano effetti collaterali che ne precludono l'uso (*Spencer et al, 1996; Taylor et al, 2004; Banschewski et al, 2006*).

La necessità di superare i limiti degli psicostimolanti ha portato a introdurre nuovi farmaci con diversi meccanismi d'azione. L'atomoxetina è un inibitore selettivo del re-uptake della noradrenalina. Un ampio numero di studi su ampie casistiche hanno dimostrato come l'atomoxetina risulti efficace nel migliorare in maniera significativa e persistente i sintomi dell'ADHD (*Michelson et al., 2001; 2002; 2003; 2005; Buitelaar et al, 2004; 2007*), anche in presenza di specifiche comorbidità quali i disturbi d'ansia, il disturbo oppositivo-provocatorio, il disturbo da tic ed i disturbi dell'umore (*Del-l'Agnello et al, submitted*). Studi preliminari suggeriscono anche che la sua efficacia, come peraltro quella del metilfenidato (*RUUP, 2005; Di Martino et al. 2004*), possa essere osservata anche nei bambini ADHD con disturbo pervasivo dello sviluppo (*Arnold et al, 2006; Troost et al, 2006; Posey et al, 2006; Jou et al, 2005*).

Le principali reazioni avverse sono: inappetenza, nausea o vomito, astenia, vertigini, disforia e alterazioni gastriche. Come per il metilfenidato sono peraltro possibili reazioni avverse rare ma potenzialmente gravi (tossicità epatica di natura idiosincrasica, ideazione suicidaria etc.). Nel dicembre 2004 l'FDA e l'EMEA hanno evidenziato, in rari casi, il rischio di severi danni epatici e nel novembre 2005 una possibile comparsa di ideazione suicidaria.

INTERVENTO MULTIMODALE

La scelta tra terapia farmacologica e psicoeducativa viene, generalmente, effettuata in base alla gravità dei sintomi di ADHD e alla comorbidità con disturbi dirompenti

del comportamento o in presenza di condizioni mediche, psichiatriche o sociali/familiari associate. Nel contesto europeo l'approccio all'ADHD è multidisciplinare e la terapia farmacologica viene riservata ai casi gravi e nell'ambito di un programma multimodale (interventi psicoeducativi e farmacoterapia; AACAP, 2002; Taylor et al., 1998; 2004, BIF, 2006).

Secondo quanto emerso da uno studio multicentrico (*MTA Cooperative Group, 1999*), la combinazione della terapia farmacologica con l'intervento psico-educativo offre alcuni vantaggi rispetto all'utilizzo di uno solo di questi interventi: migliora le relazioni coi coetanei, aumenta la soddisfazione dei genitori per il trattamento, permette di utilizzare dosi minori di farmaco.

In generale, lo scopo principale degli interventi terapeutici deve essere quello di migliorare il funzionamento globale del bambino/adolescente. In particolare gli interventi terapeutici devono tendere a:

1. Migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei.
2. Diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati.
3. Migliorare le capacità di apprendimento scolastico (quantità di nozioni, accuratezza e completezza delle nozioni apprese, efficienza delle metodiche di studio).
4. Aumentare l'autonomia e l'autostima.
5. Migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini/adolescenti affetti.

Non tutti i bambini con ADHD necessitano di un trattamento farmacologico. La decisione di usare farmaci si basa, dopo attenta valutazione medica e neuropsichiatrica, sulla severità dei sintomi, sul consenso dei genitori e del bambino, sulle capacità del bambino, dei genitori e degli operatori scolastici di gestire i problemi comportamentali, e sui risultati dei precedenti interventi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy Child & Adolescent Psychiatry** (2002), *Practice parameters for the use of stimulant medication in children, adolescent and adults*, "J Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry", 41: 26S-49S
- American Academy of Pediatrics** (2001), *Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Pediatrics", 108: 1033-1044

- Arnold L, Aman M, Cook A, Witwer AN, Hall KL, Thompson S, Ramadan Y** (2006), *Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 45: 1196-205
- Arnsten AF** (2006), *Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways*, "J Clin Psychiatry", 67: 7-12
- Asghari V, Sanyal S, Buchwaldt S, Paterson A, Jovanovic V, Van Tol HH** (1995), *Modulation of intracellular cyclic AMP levels by different human dopamine D4 receptor variants*, "J Neurochem", 65: 1157-1165
- Bakker SC, van der Meulen EM, Buitelaar JK, Sandkuijl LA, Pauls DL, Monsuur AJ, van't lot R, Minderaa RB, Gunning WB, Pearson PL, Sinke RJ** (2003), *A whole-genome scan in 164 Dutch sib pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: suggestive evidence for linkage on chromosomes 7p and 15q*, "Am J Hum Genet", 72: 1251-60
- Banaschewsky T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Danckaerts M, Dopfner M, Faraone SV, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Sonuga-Barke EJ, Taylor E** (2006), *Long acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 15 (8): 476-95
- Barkley RA, McMurray M.B., Edelbroch C.S., Robbins K** (1990), *Side effects of methylphenidate in children with ADHD: systemic, placebo-controlled evaluation*, "Pediatrics", 86: 184-192
- Barkley RA** (1997), *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD*, "Psychol Bull", 121: 65-94
- Barr CL, Feng Y, Wigg K, Bloom S, Roberts W, Malone M, Schachar R, Tannock R, Kennedy JL** (2000), *Identification of DNA variants in the SNAP-25 gene and linkage study of these polymorphisms and attention-deficit hyperactivity disorder*, "Mol Psychiatry", 5: 405-9
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E** (1995), *Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity*, "Arch Gen Psychiatry", 52: 464-70
- Biederman J, Wilens T., Mick E., Spencer T, Faraone SV** (1999), *Pharmacotherapy of attention deficit-hyperactivity disorder reduce risk for substance use disorder*, "Pediatrics", 104: e 20
- Biederman J, Monteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV** (2008), *Stimulant Therapy and Risk for Subsequent Substance Use Disorder in Male Adults with ADHD: A Naturalistic Controlled 10-Year Follow-up study*, "Am J Psychiatry", 165: 597-603
- Buitelaar JK, Danckaerts M, Gillberg C, Zuddas A, Becker K, Bouvard M, Fagan J, Gadoros J, Harpin V, Hazell P, Johnson M, Lerman-Sagie T, Soutullo CA, Wolanczyk T, Zeiner P, Fouche DS, Krikke-Workel J, Zhang S, Michelson D** (2004), *A prospective, multicenter, open-label assessment of atomoxetine in non-North American children and adolescents with ADHD*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 13: 249-57

- Buitelaar JK, Michelson D, Danckaerts M, Gillberg C, Spencer TJ, Zuddas A, Faries DE, Zhang S, Biederman J (2007), *A randomized, double-blind study of continuation treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder after 1 year*, "Biol Psychiatry", 61: 694-6
- Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss YC, Snell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapaska JC, Rapaport JL (1996), *Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 53: 607-616
- Castellanos FX, Lau E, Tayebi N, Lee P, Long RE, Giedd JN, Sharp W, Marsh WL, Walter JM, Hamburger SD, Ginns EI, Rapaport JL, Sidransky E (1998), *Lack of association between a dopamine 4-receptor polymorphism and attention deficit/hyperactivity disorder*, "Mol. Psychiatry", 3:431-434
- Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapaport JL (2002), *Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*, "JAMA", 288: 1740 -1748
- Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R (2006), *Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction*, "Trends Cogn Sci", 10: 117-23
- Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzalez N, Wu S, Muhleman D, Blake H, Chiu F, Wang E, Farwell K, Darakjy S, Baker R, Dietz G, Saucier G, MacMurray JP (2000), *Multivariate analysis of associations of 42 genes in ADHD, ODD and conduct disorder*, "Clin Genet", 58: 31-40
- Daly G, Hawi Z, Fitzgerald M, Gill M (1999), *Mapping susceptibility loci in attention deficit hyperactivity disorder: preferential transmission of parental alleles at DAT1, DBH and DRD5 to affected children*, "Mol Psychiatry", 4: 192-6
- Dell'Agnello G, Masi G, Curatolo P, Besana D, Rossi A, Zuddas A., *Use of atomoxetine in patients with attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid conditions*, "CSN drugs" (submitted)
- Di Martino A, Melis G, Cianchetti C, Zuddas A (2004), *Methylphenidate for pervasive developmental disorders: safety and efficacy of acute single dose test and ongoing therapy: an open-pilot study*, "J Child Adolesc Psychopharmacol", 14: 207-18
- Dopfner M, Sattel H (1991), *Behavior therapy interventions in hyperkinetic disorders in preschool children*, "Z Kinder Jugendpsychiatr", 19: 254-62
- Duncan J, Owen AM (2000), *Common regions of the human frontal lobe recruited by diverse cognitive demands*, "Trends Neurosci", 23: 475- 483
- Durston S, Hulshoff Pol HE, Schnack HG, Buitelaar JK, Steenhuis MP, Minderaa RB, Kahn RS, van Engeland H (2004), *Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 43: 332-340

- Elia J, Borcharding BG, Rapoport JL, Keysor CS** (1991), *Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders?* "Psychiatry Res", 36:141-155
- Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL** (1998), *Treatment of attention deficit hyperactivity disorder*, "New Engl J Med", 340: 780-788
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE** (2000), *Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview*, "Biol Psychiatry", 48: 9-20
- Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J** (2001), *Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder*, "Am J Psychiatry", 158: 1052-7
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P** (2005), *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Biol Psychiatry", 57: 1313-23
- Gillberg C, Carlstrom G, Rasmussen P, Waldenstrom E** (1983), *Perceptual, motor and attentional deficits in seven-year-old children, Neurological screening aspects*, "Acta Paediatr Scand", 72:119-24
- Hawi Z, Dring M, Kirley A, Foley D, Kent L, Craddock N, Asherson P, Curran S, Gould A, Richards S, Lawson D, Pay H, Turic D, Langley K, Owen M, O'Donovan M, Thapar A, Fitzgerald M, Gill M** (2002), *Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a potential susceptibility locus at the 5-HT(1B) receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample*, "Mol Psychiatry", 7: 718-25
- Huss M, Lehmkuhl U** (2002), *Methylphenidate and substance abuse: a review of pharmacology, animal, and clinical studies*, "J Atten Disord", 6: S65-71
- Jou RJ, Handen BL, Hardan AY** (2005), *Retrospective assessment of atomoxetine in children and adolescents with pervasive developmental disorders*, "J Child Adolesc Psychopharmacol", 15: 325-30
- Kates WR, Frederikse M, Mostofsky SH, Folley BS, Cooper K, Mazur-Hopkins P, Kofman O, Singer HS, Denkla MB, Pearlson GD, Kaufmann WE** (2002), *MRI parcellation of the frontal lobe in boys with attention deficit hyperactivity disorder or Tourette syndrome*, "Psychiatry Res", 116: 63-81
- Kuczenski R, Segal DS** (2005), *Stimulant actions in rodents: implications for attention-deficit/hyperactivity disorder treatment and potential substance abuse*, "Biol Psychiatry", 57: 1391-1396
- Lauth GW, Heubeck BG, Mackowiak K** (2006), *Observation of children with attention deficit hyperactivity (ADHD) problems in three natural classroom contexts*, "Br J Educ Psychol", 76: 385-404
- Levy F, Swanson JM** (2001), *Timing, space and ADHD: the dopamine theory revisited*, "Aust NZJ Psychiatry", 35:504-11

- Marzocchi GM, Oosterlaan J, Zuddas A, Cavolina P, Geurst H, Redigilo D, Vio C, Sergeant JA** (2008), *Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children*, "J Child Psychol Psychiatry", 49: 543-52
- Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T** (and the Atomoxetine ADHD Study Group) (2001), *Atomoxetine in the treatment of children and adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomised, placebo-controlled, dose-response study*, "Pediatrics", 108: e83.
- Michelson D, Allen AJ, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C, Newcorn J, Sallee FR, Sangal RB, Saylor K, West S, Kelsey D, Wernicke J, Trapp NJ, Harder D** (2002), *Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study*, "Am J Psychiatry", 159: 1896-901
- Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr FW, West SA, Allen AJ, Kelsey D, Wernicke J, Dietrich A, Milton D** (2003), *Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies*, "Biol Psychiatry", 53: 112-20
- Michelson D, Buitelaar JK, Danckaerts M, Gillberg C, Spencer TJ, Zuddas A, Facies DE, Zhang S, Biederman J** (2004), *Relapse prevention in pediatric patients with ADHD treated with atomoxetine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 43: 896-904
- Mick E, Faraone SV** (2008), *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder*, "Child Adolesc Psychiatr Clin N Am", 17: 261-84
- Mill J, Curran S, Kent L, Gould A, Hockett L, Richards S, Taylor E, Asherson P** (2002), *Association study of a SNAP-25 microsatellite and attention deficit hyperactivity disorder*, "Am J Med Genet", 114: 269-71
- Misener VL, Luca P, Azeke O, Crosbie J, Waldman I, Tannock R, Roberts W, Malone M, Schachar R, Ickowicz A, Kennedy JL, Barr CL** (2004), *Linkage of the dopamine receptor D1 gene to attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Mol Psychiatry", 9: 500-9
- Mostofsky S, Cooper K, Kates W, Denckla M, Kaufmann W** (2002), *Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention deficit/hyperactivity disorder*, "Biol Psychiatry", 52: 785-794
- MTA Cooperative Group** (1999), *A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 56: 1033-1044
- MTA Cooperative Group** (1999), *Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 56: 1088-1096
- Nigg JT** (2005), *Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenger for the coming decade*, "Biol Psychiatry", 57: 1424-35
- Pennington BF, Ozonoff S** (1996), *Executive functions and developmental psychopathology*, "J Child Psychol Psychiatry", 37: 57-87

- Polanczyk G, Zeni C, Genro JP, Guimarães AP, Roman T, Hutz MH, Rohde LA** (2007), *Association of the Adrenergic α 2A Receptor Gene With Methylphenidate Improvement of Inattentive Symptoms in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 64: 218-224
- Posey DJ, Wiegand RE, Wilkerson J, Maynerd M, Stigler KA, McDougale CJ** (2006), *Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders*, "J Child Adolesc Psychopharmacol", 16: 599-610
- Posner MI, Peterson SE** (1990), *The attention system of the human brain*, "Ann Rev Neurosci", 36: 531-538
- Quist JF, Barr CL, Schachar R, Roberts W, Malone M, Tannock R, Basile VS, Beitchman J, Kennedy JL** (2003), *The serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder*, "Mol Psychiatry", 8: 98-102
- Research Units on Paediatric Psychopharmacology Autism Network** (2005), *Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity*, "Arch Gen Psychiatry", 62: 1266-74
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA** (2007), *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis*, "Am J Psychiatry", 164: 942-8
- Roman T, Schmitz M, Polanczyk GV, Eizirik M, Rohde LA, Hutz MH** (2003), *Is the alpha-2A adrenergic receptor gene (ADRA2A) associated with attention-deficit/hyperactivity disorder?* "Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet", 120:116-20
- Roman T, Polanczyk GV, Zeni C, Genro JP, Rohde LA, Hutz MH** (2006), *Further evidence of the involvement of alpha-2A-adrenergic receptor gene (ADRA2A) in inattentive dimensional scores of attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Mol Psychiatry", 11: 8-10
- Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC et al** (1999), *Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI*, "Am J Psychiatry", 156: 891-6
- Rubia K, Smith AB, Brammer MJ, Taylor E** (2007), *Temporal lobe dysfunction in medication-naïve boys with attention-deficit/hyperactivity disorder during attention allocation and its relation to response variability*, "Biol Psychiatry", 62: 999-1006
- Rubia K, Halari R, Smith AB, Mohammed M, Scott S, Giampietro V, Taylor E, Brammer MJ** (2008), *Dissociated Functional Brain Abnormalities of Inhibition in Boys With Pure Conduct Disorder and in Boys With Pure Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, "Am J Psychiatry" (epub ahead of print)
- Rutter M, Roy P** (2002), *Kreppner J Institutional Care as a risk factor for inattention/overactivity*, in *Hyperactivity and Attention Disorders of childhood* (2nd ed.), Ed. Sandberg, pp: 417-434, Cambridge University Press

- Santosh PJ, Taylor E** (2000), *Stimulant Drugs*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 9: 127-143
- Scheres A, Oosterlaan J, Sergeant JA** (2001), *Response execution and inhibition in children with AD/HD and other disruptive disorders: the role of behavioural activation*, "J Child Psychol Psychiatry", 42: 347-57
- Schmitz M, Denardin D, Silva TL, Pianca T, Roman T, Hutz MH, Faraone SV, Rhode LA** (2006), *Association Between Alpha-2a-adrenergic Receptor Gene and ADHD Inattentive*, "Type Biol Psychiatry", 60: 1028-1033
- Seeger G, Schloss P, Schmidt MH** (2001), *Functional polymorphism within the promotor of the serotonin transporter gene is associated with severe hyperkinetic disorders*, "Mol Psychiatry", 6: 235-238
- Seidman LJ, Valera EM, Bush G** (2004), *Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Psychiatr Clin North Am", 27: 323-347
- Seidman LI, Valera EM, Makris N** (2005), *Structural Brain Imaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, "Biol Psychiatry", 57: 1263-1272
- Sergeant JA, Oosterlaan J, van der Meere JJ** (1999), *Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder*, in Quay HC, Hogan A, editors, *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York: Plenum Press, 75-104
- Sergeant JA, Geurts H, Oosterlaan J** (2002), *How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder?* "Behavioural Brain Research", 130: 3-28
- Sergeant JA** (2005), *Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model*, "Biol Psychiatry", 57: 1248-55
- Shallice T, Marzocchi GM, Coser S, Del Savio M, Meuter RF, Ruminati RL** (2002), *Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder*, *Dev Neuropsychol*, 21: 43-71
- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL** (2007), *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation*, "Proc Natl Acad Sci USA", 104:19649-54
- Shaw P, Gornick M, Lerch J, Addington A, Seal J, Greenstein D, Sharp W, Evans A, Giedd JN, Castellanos FX, Rapoport JL** (2007), *Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 64: 921-31
- Smalley SL, Kustanovich V, Minassian SL, Stone JL, Ogdie MN, McGough JJ, McCracken JT, MacPhie IL, Francks C, Fisher SE, Cantor RM, Monaco AP, Nelson SF** (2002), *Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism*, "Am J Hum Genet", 71: 959-63
- Smith KM, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L** (2003), *Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study*, "Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet", 119: 77-85

- Solanto MV** (1998), *Neuropharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention deficit/hyperactivity disorder: a review and integration*, "Behavioral Brain Res", 94: 127-152
- Solanto MV, Abikoff H, Sonuga-Barke E, Schachar R, Logan GD, Wigal T, Hetchman L, Hinshaw S, Turkel E** (2001), *The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AH/DH: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD/HD*, "J Abnormal Child Psychol", 29: 215-28
- Sonuga-Barke EJ, Williams E, Hall M, Saxton T** (1996), *Hyperactivity and delay aversion. III: The effect on cognitive style of imposing delay after errors*, "J Child Psychol Psychiatry"; 37:189-94
- Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A** (2001), *Parent based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 40: 402-8
- Sonuga-Barke EJ, Thompson M, Daley D, Laver-Bradbury C** (2004), *Parent training for attention deficit/hyperactivity disorder: is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care?* "Br J Clin Psychol", 43: 449-57
- Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S** (1996), *Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder across the life cycle: A literature review*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 35: 409-432
- Swanson JM, Wigal S, Greenhill LL, Browne R, Waslik B, Lerner M, Williams L, Flynn D, Agler D, Crowley K, Fineberg E, Baren M, Cantwell DP** (1998), *Analog classroom assessment of Ad-deral in children with ADHD*, "J Am Acad Child Adolescent Psychiatry", 37: 519-526
- Tannock R** (1998), *Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological and genetic research*, "J Child Psychol Psychiatry", 39: 65-99
- Taylor E, Sergeant J, Doefner J, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A** (2004), *A Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 13: 17-30
- Taylor E, Sergeant J, Doefner M, Gunning B, Overmeyer S, Mobius HJ, Eisert HG** (1998), *Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. European society for child and adolescent psychiatry*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 7: 184-200
- Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Thomas H, Harold G, Hay D** (2003), *Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring*, "Am J Psychiatry", 160: 1985-9
- Toplak ME, Tannock R** (2005), *Time perception: modalità and duration effects in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*, "J Abnormal Child Psychol", 33: 639-54
- Troost P, Steinhuis M-P, Tuynman-Qua H, Kalverdijk LJ, Minderaa RB, Hoekstra PJ** (2006), *Atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with pervasive developmental disorders: a pilot study*, "J Child Adolesc Psychopharmacol", 16: 611-9

- Vaidya CJ, Austin G, Kirkorian G, Ridlehuber HW, Desmond JE, Glover GH, Gabrieli JD (1998), *Selective effects of methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder: a functional magnetic resonance study*, "Proc Natl Acad Sci USA", 95:14494-9
- Van den Hoofdakker BJ, van der Veen-Mulders L, Systema S, Emmelkamp PM, Minderaa RB, Nauta MH (2007), *Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 46: 1263-71
- Volkow ND Wang GJ, Fowler JS, Gatley SJ, Logan J, Ding YS, Hitzemann R, Pappas N (1998), *Dopamine transporter occupancies in the Human Brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate*, "Am J. Psychiatry", 155: 1325-1331
- Wang E, Ding Y, Flodman P, Kidd J. R., Kidd K, Grady DL, Ryder OA, Spence MA, Swanson JM, Moyzis RK (2004), *The Genetic Architecture of Selection at the Human Dopamine Receptor D4 (DRD4) Gene Locus*, "Am J. Hum. Genet.", 74: 931-944
- Wilens TE, Faraone S, Biederman, Gunawardene S (2003), *Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta analytic review of the literature*, "Pediatrics", 111: 179-185
- Willcutt EG, Pennington BF, Smith SD, Cardon LR, Gayan J, Knopik VS, Olson RK, DeFries JC (2002), *Quantitative trait locus for reading disability on chromosome 6p is pleiotropic for attention-deficit/hyperactivity disorder*, "Am J Med Genet", 114: 260-8
- Zuddas A, Ancilletta B, Muglia P, Cianchetti C (2000), *Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychiatric disorder with childhood onset*, "Eur J Paediatr Neurol", 4: 53-62
- Zuddas A, Marzocchi GM, Oosterlaan J, Cavolina P, Ancilletta B, Sergeant J (2006), *Factor structure and cultural factors of disruptive behaviour disorders symptoms in Italian children*, "Eur Psychiatry", 21: 410-8

Bernardo Dalla Bernardina

Grazie Alessandro, credo che faremo dopo la discussione, quindi invito Gabriele Masi ad integrare, sostanzialmente, perché le due cose, come vedrete, sono una sorta di continuum, che vi consentirà di apprezzare meglio la complessità del problema. Masi lo affronterà più dal punto di vista della complessità del quadro clinico, quindi gli passo la parola.

Il quadro clinico e la comorbidità del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività

Gabriele Masi, Stefania Millepiedi, Stefano Berloff, Sara Pezzica

INTRODUZIONE

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, meglio noto con l'acronimo ADHD, dalle iniziali del suo nome inglese "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" è un disturbo caratterizzato dalla presenza di iperattività-impulsività e/o il disturbo dell'attenzione.

Perché tali elementi possano far sorgere il sospetto di ADHD è necessario che essi siano molto superiore rispetto a quanto atteso in bambini di quella età, che il loro esordio sia precoce (prima dei 6 anni di vita), che la loro presenza sia evidente nei vari contesti di vita (quindi non solo a casa o solo a scuola), e soprattutto che la loro intensità sia tale da determinare una importante interferenza nella vita quotidiana (es. nel rendimento scolastico, nella relazioni con i compagni, nei rapporti in famiglia), differenziandosi in tal modo da una normale vivacità temperamentale.

Molto più della presenza o assenza dei sintomi utilizzati per definire la iperattività, l'impulsività o il disturbo dell'attenzione (la cui lettura inevitabilmente suscita la sensazione che si parli di normali caratteristiche di ogni bambino di età scolare), l'aspetto fondamentale è la loro intensità.

Ogni sintomo ad un livello basso di intensità è scarsamente rilevante, ma ad un elevato livello di intensità può essere paralizzante. Se è complessa la diagnosi per le forme lievi (vicine alla soglia di normalità), molto più chiaro è il quadro per le forme più gravi ed invalidanti.

Le stime epidemiologiche dipendono dagli strumenti che si usano, dalla fascia di età che si considera, e soprattutto dalla valutazione del parametro "interferenza nelle normali attività della vita quotidiana". Infatti se si valuta la esclusiva presenza di sintomi di ADHD nella popolazione infantile, indipendentemente dal loro impatto funzionale, almeno il 10-15% dei bambino hanno i sintomi, ma essi non causano conseguenze significative, e quindi non possono essere in alcun modo fatti rientrare in un disturbo.

Se invece valutiamo con attenzione la presenza accanto ai sintomi anche di una interferenza significativa nella vita quotidiana, una stima ragionevole, vengono incluse anche quelle forme meno gravi, che richiedono spesso solo un monitoraggio e buoni

consigli ai genitori e/o agli insegnanti. Se invece si vanno a valutare le forme con più grave impatto sulla vita quotidiana, che corrispondono alla cosiddetta sindrome ipercinetica definita come tale dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, la prevalenza scende probabilmente allo 0.8-1%.

Naturalmente a seconda del livello di gravità si modifica anche la modalità di intervento. Infatti l'ADHD può essere paragonato alla febbre, che può variare dai 37 gradi fino ai 40: a 37 gradi si indossa la sciarpa e si esce, a 38 si resta a casa, a 39 ci si cura, a 40 o a 41 si va in ospedale. Questo modello quantitativo-qualitativo dovrebbe caratterizzare anche non solo l'interpretazione, ma anche la strategia terapeutica dell'ADHD.

Alla triade sintomatologica iperattività-impulsività-disturbo dell'attenzione possono associarsi complicazioni, in particolare difficoltà relazionali, difficoltà scolastiche, bassa autostima e disturbi del controllo del comportamento, che spesso determinano nel bambino un livello di sofferenza soggettiva ancora maggiore di quello dei sintomi primari.

Il rischio di emarginazione da parte dei compagni, se non adeguatamente prevenuto dagli insegnanti, favorita anche dalla "inattenzione" nelle relazioni interpersonali (come se loro non riuscissero a capire le modalità normali che regolano, ad un livello non verbale, le interazioni e gli scambi con i coetanei o gli adulti, come ad es. la capacità di mettersi o nei panni dell'altro o comprendere le conseguenze sociali delle loro azioni, o leggere le comunicazioni non verbali che gli altri inviano).

Questi sono ragazzini a rischio di fallimento relazionale, ma anche di fallimento scolastico. A parte una importante quota di bambini che accanto all'ADHD presentano l'associazione con la dislessia e/o con la discalculia, tutti questi bambini hanno un rendimento scolastico inferiore alle loro potenzialità, con possibili effetti duraturi sulle loro scelte scolastiche. Tutto questo può avere un importante impatto in termini di autostima, di confronto con i coetanei, ma anche in termini di infuturazione.

Oggi ogni ragazzino che si infutura lo fa passando attraverso il suo progetto scolastico, ed è molto facile che un ragazzino con difficoltà scolastiche non riesca a prevedere un futuro per sé stesso gratificante, pur essendo normalmente intelligente. È molto frequente che questo abbia un impatto emotivo intenso su di lui e sulla sua famiglia. Oggi il fallimento scolastico è un'esperienza molto più traumatica che in passato, e quindi l'elemento della demoralizzazione (diversa dalla depressione) è una possibile ed importante complicanza, alla cui genesi partecipano il fallimento scolastico, l'emarginazione dai coetanei, i continui rimproveri a casa, a scuola, ed in altri contesti, quindi il senso di solitudine e di colpa. Tutto questo non è inevitabile, ma certo questi bambini sono a rischio in tal senso, e tale rischio è mascherato dalla loro fama di "bambini cattivi". Molti di questi bambini però non sono depressi, sono semplicemente demoralizzati.

LA CLASSIFICAZIONE

I sistemi di classificazione che stabiliscono i criteri per formulare la diagnosi sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali della Associazione degli Psichiatri Americani (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV, APA 1994) e la Decima Edizione del Sistema di Classificazione dei Disturbi Psichiatrici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'International Classification Of Disease (ICD-10).

Secondo i criteri del DSM-IV, il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività è caratterizzato da due gruppi di sintomi o dimensioni psicopatologiche definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.

L'inattenzione o facile distraibilità tende a presentarsi in particolare come scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine compiti o giochi intrapresi. Da tale sintomo deriva la compromissione dell'attenzione focale, che consente di prestare attenzione su uno stimolo determinato, trascurando i particolari irrilevanti e non utili al compito in corso, o dell'attenzione sostenuta e cioè della capacità di mantenere l'attenzione attiva nel tempo durante lo svolgimento di attività scolastiche, nei compiti a casa, nel gioco o in semplici attività quotidiane: alcuni bambini iperattivi sembrano avere una riserva attentiva di non più di 10 minuti.

Ogni stimolo esterno può essere fonte di distrazione, talvolta anche seguire un discorso rappresenta una attività che supera le possibilità attentive del soggetto. Tipicamente questi bambini hanno difficoltà a portare a termine un compito e cercano di evitare impegni che richiedano uno sforzo prolungato nel tempo. È tuttavia possibile che alcune attività che attirano l'interesse e la motivazione del bambino siano compatibili con un tempo di applicazione maggiore (es. nel disegno, o in particolari giochi elettronici).

L'impulsività può essere definita come l'incapacità di procrastinare nel tempo la risposta ad uno stimolo esterno o interno. In genere i bambini che hanno come tratto saliente l'impulsività rispondono senza riflettere, non riescono ad aspettare il proprio turno nelle attività quotidiane o nei giochi; spesso si lasciano coinvolgere in attività pericolose senza valutare adeguatamente le conseguenze (provocando talvolta danni fisici a sé stessi o ad altri). Sul piano cognitivo l'impulsività si esprime nella incapacità di bloccare risposte automatiche. Frequentemente l'impulsività perdura nel tempo più di altri sintomi e caratterizza il funzionamento dell'adolescente o dell'adulto ADHD.

L'impulsività è generalmente associata ad iperattività: questi bambini vengono riferiti "come mossi da un motorino", non riescono a star fermi, se seduti si muovono con le mani o i piedi, hanno frequentemente l'esigenza di alzarsi e muoversi senza uno scopo o un obiettivo preciso. Ogni attività ludica è effettuata in modo rumoroso o movimentato, senza rispetto di regole, accompagnata da eccessive verbalizzazioni,

come se il bambino fosse animato da un'energia interna inarrestabile. A questo si accompagna una sensazione interna soggettiva, di tensione, pressione, instabilità, che deve essere scaricata (tale sensazione soggettiva diventa spesso prevalente in adolescenza o in età adulta, quando si riduce l'iperattività motoria).

Per poter fare diagnosi di ADHD, secondo il DSM-IV, occorre che siano osservabili almeno sei dei nove sintomi di inattenzione e/o iperattività, che i sintomi abbiano un esordio prima dei sette anni d'età, durino da più di sei mesi, siano evidenti in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambienti di gioco) e, soprattutto, causino una significativa compromissione del funzionamento globale del bambino.

Il DSM-IV distingue tre forme cliniche: prevalentemente inattentiva (almeno 6 sintomi di inattenzione, ma meno di 6 sintomi di iperattività-impulsività), prevalentemente iperattiva (almeno 6 sintomi di iperattività-impulsività, ma meno di 6 sintomi di inattenzione), combinata (almeno 6 sintomi di iperattività-impulsività e di inattenzione). Il fatto che i sintomi dell'impulsività e quelli dell'iperattività siano inseriti nello stesso gruppo fa sì che un soggetto possa avere un ADHD anche senza alcun segno di impulsività. Le tre forme cliniche non debbono essere considerate in modo troppo rigido: nel corso dello sviluppo, lo stesso soggetto può evolvere da una categoria all'altra manifestando nelle varie fasi d'età le tre differenti dimensioni psicopatologiche in modo variabile.

Nella classificazione diagnostica dell'ICD-10 il Disturbo Ipercinetico, viene oggi considerato simile al disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività di tipo combinato (Inattenzione + Iperattività/Impulsività ADHD-C) come indicato nei criteri del DSM-IV. La diagnosi di Disturbo Ipercinetico, secondo l'ICD-10, richiede la contemporanea presenza di sintomi di inattenzione, iperattività ed almeno un sintomo di impulsività, tendendo ad escludere le diagnosi di comorbidità. Inoltre, l'ICD-10, non prevede alcuna categoria diagnostica corrispondente all'ADHD di tipo prevalentemente inattentivo del DSM-IV. Poiché anche nei casi di prevalente inattenzione è presente una significativa compromissione funzionale ed è osservabile una sensibile risposta alle terapie farmacologiche, appare opportuno valutare clinicamente questi pazienti utilizzando il DSM-IV anziché l'ICD-10.

I sintomi di iperattività, impulsività e/o inattenzione possono essere comuni e normalmente presenti in qualsiasi bambino, questo non significa necessariamente avere il disturbo. Tutti i bambini possono mostrare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti sopra descritti. Quando tali modalità di comportamento sono persistenti in tutti i contesti (casa, scuola, ambienti di gioco), nella gran parte delle situazioni (lezione, compiti a casa, gioco con i genitori e con i coetanei, a tavola, davanti al televisore, etc.), costituendo la caratteristica costante del bambino, ciò

compromette le capacità di pianificazione ed esecuzione di procedure complesse e causa una limitazione significativa del funzionamento globale del bambino.

I bambini con ADHD mostrano, soprattutto in assenza di un supervisore adulto, un rapido raggiungimento di un elevato livello di “stanchezza” e di noia che si evidenzia con frequenti spostamenti da un’attività, non completata, ad un’altra, perdita di concentrazione e incapacità di portare a termine qualsiasi compito o gioco protratti nel tempo. Nella gran parte delle situazioni, questi bambini hanno difficoltà a controllare i propri impulsi ed a posticipare una gratificazione: non riescono a riflettere prima di agire, ad aspettare il proprio turno, a lavorare per un premio lontano nel tempo anche se consistente. Se confrontati con i coetanei, questi bambini mostrano una eccessiva attività motoria (come muovere continuamente le gambe anche da seduti, giocherellare o lanciare oggetti, spostarsi da una posizione all’altra). L’iperattività a questi livelli compromette l’adeguata esecuzione dei compiti richiesti.

L’incapacità a rimanere attenti ed a controllare gli impulsi fa sì che spesso i bambini con ADHD abbiano una minore resa scolastica e sviluppino con maggiore difficoltà le proprie abilità cognitive: frequentemente mostrano scarse abilità nell’utilizzazione delle norme di convivenza sociale, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indici sociali non verbali che modulano le relazioni interpersonali. Questo determina una significativa interferenza nella qualità delle relazioni tra questi bambini ed il mondo che li circonda. La normale iperattività, impulsività e instabilità attentiva non determinano significative conseguenze funzionali, il vero Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività determina conseguenze negative a breve e lungo termine.

STORIA NATURALE

Il deficit attentivo può essere presente già in età prescolare, associato a disturbi del sonno e più spesso a disturbi della condotta con scoppi d’ira, comportamento oppositivo o aggressivo, assenza di timore per situazioni pericolose e frequenti lesioni accidentali. Tali comportamenti, quando isolati od occasionali, sono da considerarsi appropriati per l’età, quando costituiscono una modalità di comportamento predominante, possono però impedire la maturazione della capacità di interazione sociale ed evolvere, all’inizio della scuola elementare, in un vero e proprio disturbo invalidante.

A quest’età però è difficile formulare una diagnosi differenziale con altri disturbi e determinare con sicurezza la significativa compromissione del funzionamento globale: ciò rende spesso indispensabile la formulazione di una diagnosi provvisoria e discutibile l’opportunità di una terapia farmacologica. Sintomi di deficit attentivo possono essere osservati anche in adolescenti o in individui adulti. In queste fasce

d'età l'iperattività si manifesta come senso interiore di irrequietezza piuttosto che come grossolana iperattività motoria, e l'inattenzione comporta difficoltà ad organizzare le attività o a coordinare le proprie azioni con conseguenti difficoltà scolastiche e sociali, frequenti incidenti in moto o in auto, ecc.

Fino a non molti anni fa si riteneva che il deficit attentivo e l'iperattività si risolvessero con l'età. In realtà, per circa un terzo dei soggetti colpiti in età evolutiva, all'inizio della vita adulta i sintomi di inattenzione o di iperattività si attenuano fino a scomparire, indicando che il disturbo era da correlarsi ad un "ritardo semplice nello sviluppo delle funzioni esecutive" (vedi oltre). Circa la metà dei bambini con ADHD continuano a mostrare anche da adolescenti e spesso anche da adulti i sintomi di iperattività, come senso interiore di irrequietezza, e di inattenzione che comporta difficoltà ad organizzare le proprie attività o a coordinare ed organizzare il proprio lavoro e gestire le situazioni sociali.

Il restante 15-20 % dei soggetti con ADHD può continuare a mostrare manifestazioni sintomatiche causate dal disturbo; nel corso del periodo adolescenziale e successivamente in età adulta, emergono oltre che sintomi di inattenzione, impulsività ed iperattività, anche altri disturbi psicopatologici, che determinano un più grave disturbo dell'adattamento sociale, con aumentato rischio di alcolismo, tossicodipendenza, disturbo di personalità antisociale (5-6). Il più importante indice predittivo di tale evoluzione è la presenza, già nell'infanzia, di un disturbo della condotta associato all'ADHD: tale associazione presenta una prognosi significativamente peggiore di quella del disturbo di condotta isolato (7).

LA COMORBIDITÀ

Studi su campioni clinici e su campioni epidemiologici sono concordi nell'indicare che almeno il 70% dei soggetti con disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, o ADHD) ha un disturbo associato, con una frequenza che appare ampiamente superiore a quanto previsto da una associazione casuale (Biederman et al., 1991).

Il riscontro di bambini che presentino quindi una sintomatologia esclusivamente riferibile all'ADHD è quindi più l'eccezione che la regola. Questa osservazione clinica ha una serie di conseguenze, sia teoriche che pratiche. Le conseguenze teoriche riguardano il significato che il concetto di comorbidità ha in termini psicopatologici e nosografici, non solo in riferimento all'ADHD, ma anche alla gran parte dei disturbi mentali, sia in età evolutiva che in età adulta, essendo la comorbidità la regola in psicopatologia dell'età evolutiva.

Le conseguenze pratiche riguardano la necessità di disporre di assetti diagnostici che consentano di metter a fuoco i disturbi associati al disturbo principale. Tale procedura appare necessaria, come vedremo, sia ai fini della definizione della comorbidità che della diagnosi differenziale.

Questi aspetti sono almeno in parte il riflesso della incertezza dei confini della sindrome ADHD, cioè del suo “fenotipo”, per cui è ancora legittimo chiedersi che cosa è da considerarsi parte integrante dell'ADHD e cosa no. Se infatti i caratteri nucleari dell'ADHD (disturbo dell'attenzione, iperattività, impulsività) sono sufficientemente definiti, altri aspetti come il disturbo del controllo del comportamento, la difficoltà della relazione con gli altri, la labilità del controllo emotivo, la compromissione del funzionamento scolastico fino a che punto fanno parte del quadro clinico di ogni bambino ADHD, e da quale punto in poi sono condizioni associate in comorbidità o addirittura condizioni che simulano un ADHD (ad es. un disturbo oppositivo-provocatorio o un disturbo della condotta, un disturbo depressivo o un disturbo maniacale, un disturbo d'ansia, un disturbo dell'apprendimento)?

Possono a questo proposito essere prospettate diverse possibilità nel rapporto tra ADHD e disturbi associati, che non necessariamente si escludono l'una con l'altra:

- a. tali quadri clinici non rappresentano condizioni associate, ma diverse espressioni dello stesso disturbo ADHD, dovute a variabilità del fenotipo;
- b. esistono diversi sottotipi (es. varianti genetiche) nella eterogenea sindrome di ADHD, che giustificano la multiformità della espressione clinica;
- c. i sintomi che vediamo sono riferibili a disturbi diversi ed indipendenti (es. ADHD, disturbo della condotta, disturbo depressivo), tra loro in comorbidità;
- d. i disturbi sono tra loro diversi ed indipendenti, ma la loro frequente associazione è legata alla presenza di una vulnerabilità comune, ad. es. genetica e/o ambientale;
- e. l'ADHD rappresenta una precoce manifestazione del disturbo associato che può comparire successivamente (es. disturbo bipolare);
- f. l'ADHD rappresenta una condizione di rischio in grado di aumentare il rischio di comparsa di altri disturbi in fasi successive.

Nelle prime due condizioni saremmo di fronte ad una falsa comorbidità, e l'errore sarebbe legato ai confini indistinti della sindrome ADHD. La terza e la quarta possibilità indicano una vera comorbidità, che si riferisce a disturbi indipendenti. La quinta e la sesta possibilità indicano possibili rapporti evolutivi tra l'ADHD e condizioni associate che giustificherebbero l'elevata frequenza di questa associazione (vedi per una riflessione generale sul concetto di comorbidità Caron e Rutter, 1991).

QUALCHE RIFLESSIONE SUL CONCETTO DI COMORBIDITÀ

Nella maggioranza delle situazioni cliniche una approfondita indagine diagnostica è in grado di evidenziare la coesistenza di manifestazioni cliniche riferibili a diversi ambiti nosografici.

Tale condizione non può essere semplicisticamente attribuita ad una casuale associazione di disturbi diversi. Infatti tali associazioni, lungi dall'essere casuali, avvengono con maggiore o minore frequenza a seconda dei disturbi implicati, ed in ogni caso, come detto, con una frequenza superiore al caso.

Per spiegare tale associazione è quindi necessario individuare dei percorsi, biologici, ambientali o psicopatologici, che giustifichino delle specifiche associazioni cliniche tra quadri apparentemente disomogenei.

Tali associazioni vengono a comporre dei pattern clinici che non sono la semplice sommatoria delle comorbidità, quanto piuttosto delle realtà cliniche specifiche in termini di espressività fenomenica, storia naturale e risposta ai trattamenti. Secondo questa ottica, l'analisi della comorbidità rappresenta, accanto all'analisi delle dimensioni psicopatologiche prevalenti, uno degli strumenti più preziosi per scomporre entità cliniche apparentemente omogenee (ADHD, depressione, ansia, ecc.) in sottotipi in grado di accrescere la nostra sensibilità diagnostica, prognostica e terapeutica.

Se ci riferiamo direttamente all'ADHD, possiamo vedere come un bambino con ADHD "puro", un bambino con ADHD "associato" a disturbo oppositivo-provocatorio o a disturbo della condotta, ed un bambino con ADHD "associato" a disturbi d'ansia o depressione rappresentano in realtà tre condizioni cliniche diverse, nel senso che la combinazione di tali quadri sindromici crea realtà cliniche nuove e specifiche. Da qui la necessità, di fronte ad un bambino con ADHD, di non fermarsi di fronte alla diagnosi più evidente o familiare, ma individuare attraverso un'attenta valutazione diagnostica, che nella realtà clinica si traduce in una più precisa conoscenza del bambino che abbiamo di fronte, tutte quelle componenti psicopatologiche che un esame superficiale ci avrebbe fatto sfuggire.

L'approccio descritto ha una ulteriore implicazione, che attiene al problema della diagnosi. Come vedremo, quei quadri che più frequentemente sono in comorbidità con l'ADHD, possono al contempo essere tali da poter simulare, con la loro espressività clinica, l'ADHD. Tale problema è legato al fatto che la triade sintomatologica dell'ADHD, cioè iperattività, inattenzione ed impulsività, è notevolmente aspecifica, e quindi può essere riscontrata, in modo più o meno analogo, in molti altri quadri clinici. Ne consegue che di fronte ad un bambino o ad un adolescente che presenta un disturbo dell'attenzione, una difficoltà di controllo del comportamento motorio ed una impulsività potremmo essere di fronte a tre possibili opzioni. Ad es. un di-

sturbo del comportamento può essere parte integrante del quadro ADHD; oppure può essere un disturbo autonomo (ad es. un disturbo oppositivo-provocatorio o un disturbo della condotta), ma associato in comorbidità all'ADHD; oppure ancora può essere un disturbo autonomo (ancora disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo della condotta) che può entrare in diagnosi differenziale con l'ADHD, ed essere confuso con esso. Nella pratica clinica la scelta tra queste tre opzioni è a volte complessa, e confermata solo da un'attenta ricostruzione della storia dei sintomi nello sviluppo del bambino, e da un altrettanto attento follow-up (Biederman et al., 1996b).

Questo sottile equilibrio tra comorbidità e diagnosi differenziale sarà più evidente nei prossimi paragrafi, nei quali valuteremo le interazioni più comuni tra ADHD e gli altri quadri psicopatologici dell'età evolutiva. Se infatti nel passato si è affermata una sostanziale distinzione tra tre sottotipi di ADHD, quello "puro", quello associato a disturbi esternalizzanti o del comportamento (quali disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo della condotta) e quello associato a disturbi "internalizzanti" (in particolare ansia e depressione), la ricerca più recente ha messo in evidenza come la situazione sia più complessa, e consenta di individuare una articolazione di realtà cliniche che possono rendere i nostri interventi terapeutici più specifici e mirati.

Nelle pagine successive presenteremo una valutazione delle implicazioni cliniche della comorbidità e della diagnosi differenziale. Tale valutazione è basata sulla nostra esperienza clinica e su alcune nostre ricerche, e non ha quindi l'ambizione di essere una analisi accurata della letteratura disponibile, che può essere facilmente trovata su diverse review presenti in letteratura (Spencer et al., 1999; Jensen et al., 2001; Pliszka, 2003; Gillberg et al., 2004; Biederman 2005) ed un libro specificamente dedicato all'argomento (Brown, 2000), quanto piuttosto la nostra posizione sull'argomento. Inoltre tale riflessione sarà limitata alle comorbidità psichiatriche, che rappresentano il nostro ambito di attività clinica, e non prenderà in considerazione comorbidità altrettanto frequenti e significative, quali ad es. quelle con i disturbi del linguaggio, con i disturbi di apprendimento e con il disturbo evolutivo della coordinazione.

ADHD E DISTURBI DIROMPENTI DEL COMPORTAMENTO

Questo tipo di comorbidità è probabilmente la più importante, non solo in termini quantitativi, ma anche per le possibili implicazioni prognostiche e terapeutiche. I disturbi del comportamento che possono associarsi all'ADHD sono il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP) ed il disturbo della condotta (DC). Il primo, molto più frequente, è caratterizzato da comportamento di sfida, ostile e negativista, mentre il secondo, più grave, da aggressività, distruttività, furti, menzogna e sistematica violazio-

ne delle regole sociali. Il rapporto tra i due quadri è tale che un DC è preceduto da un DOP, ma fortunatamente solo una parte minoritaria dei DOP evolve verso un DC.

L'importanza di questi quadri è essenzialmente legata a quanto essi sono predittivi di una possibile evoluzione in senso antisociale. Il DOP è di per sé fortunatamente poco predittivo di una evoluzione antisociale, mentre lo è molto di più il DC. Ma all'interno del DC, un fattore importante è l'epoca di insorgenza, nel senso che se i sintomi del DC hanno un esordio pre-puberale, la loro prognosi sociale è molto più preoccupante.

Naturalmente al di là delle potenzialità evolutive intrinseche di questi quadri, esiste un mediatore prognostico fondamentale, rappresentato dalle condizioni sociali, che possono orientare in un senso o in un altro un quadro clinico che avrebbe di per sé potenzialità diverse.

In che modo entra l'ADHD in questa dinamica?. La associazione tra ADHD e DOP è molto frequente, fino al 40-50%, mentre una percentuale inferiore (10-15%?) presenterebbe un DC associato. Ma l'associazione ADHD-DOP aumenta il rischio di una transizione verso il DC, ed in particolare verso un DC ad esordio precoce. Quando si ha una vera comorbidità ADHD-DC, probabilmente essa individua un sottogruppo di soggetti ad alto rischio di evoluzione antisociale, soprattutto se l'esordio del DC è prima della pubertà, con necessità di interventi terapeutici tempestivi. Bambini con ADHD+DC hanno un DC generalmente più precoce, più grave e duraturo, che fa seguito ad un iniziale ADHD, con possibile evoluzione verso un Disturbo Antisociale della Personalità.

Ne deriva che probabilmente il rischio che l'ADHD possa preludere ad una evoluzione antisociale è legata in minima misura all'ADHD, e soprattutto invece alla associazione con il DC. Sottolineiamo ancora che l'evoluzione dell'ADHD verso un disturbo disadattivo sociale è inoltre pesantemente influenzata da fattori sociali. Essendo gran parte dei dati di origine USA, è probabile che le percentuali allarmanti spesso riportate in letteratura circa la impossibilità di una evoluzione psicosociale negativa dell'ADHD siano fortunatamente solo in parte esportabili al contesto italiano, almeno per ora.

È opportuno ricordare il rischio di una eccessiva valutazione della comorbidità tra ADHD e DOP. Per un effetto alone, si può infatti essere indotti a vedere un DOP in ogni bambino ADHD, o inversamente, un ADHD in ogni bambino oppositorio, sulla base di una confusione tra impulsività ed oppositorietà, che sono invece due condizioni ben diverse. Ne consegue che per una corretta diagnosi è necessario conoscere non solo l'ADHD ma anche il DOP ed il DC.

La diagnosi di comorbidità tra ADHD e DC ha una implicazione anche sul trattamento. I dati dello studio MTA (1996a,b), attraverso il quale il National Institute of

Health degli Stati Uniti ha voluto confrontare la efficacia comparativa di trattamenti farmacologici e/o non farmacologici in bambini ADHD, indicano che i soggetti con ADHD-DC sono quelli che presentano la minore risposta ai trattamenti non farmacologici. Ciò significa che se un intervento non farmacologico deve rappresentare in questi soggetti la prima scelta, la evidenza di una scarsa risposta dovrebbe indurre ad associare all'intervento non farmacologico (che in ogni caso è necessario per agire sulle componenti neuropsicologiche, relazionali, familiari, ecc) un intervento farmacologico.

ADHD E DISTURBI D'ANSIA

I disturbi ansiosi sono associati all'ADHD in circa il 30% dei casi, anche se spesso la loro prevalenza viene amplificata dal fatto che si fa confusione tra un vero disturbo in comorbidità e le manifestazioni di ansia che sono molto frequenti in un bambino con ADHD, soprattutto se non diagnosticato (basti pensare alle esperienze di frustrazione scolastica o nel rapporto con i coetanei).

L'associazione con disturbi d'ansia appare per certi versi complementare a quella con i disturbi del comportamento. Infatti i bambini con ADHD e disturbi d'ansia hanno una prevalente compromissione attentiva, ma appaiono meno impulsivi, almeno sul piano comportamentale, quasi che la componente ansiosa rappresentasse una sorta di freno al loro comportamento. Inoltre tali bambini presentano un minore rischio di evoluzione in senso antisociale, compatibilmente con la qualità dell'ambiente di vita.

Anche in questo caso è opportuno mettere in guardia nei confronti di possibili errori diagnostici, legati alla confusione tra comorbidità e diagnosi differenziale. Infatti, anche i disturbi d'ansia possono presentarsi con sintomi di inattenzione, iperattività ed impulsività. Se l'analisi clinica si limita al riscontro dei sintomi nucleari ed alla somministrazione di una rating scale, il rischio di un errore diagnostico è notevole. In soggetti con disturbo d'ansia generalizzato la frequenza di disturbi di concentrazione ed iperattività, associati ad irritabilità e stato di tensione (che possono essere confusi con l'impulsività) è particolarmente elevata.

Ne consegue che per evitare di fare confusione è necessario conoscere bene non solo l'ADHD ma anche i disturbi d'ansia. La diagnosi differenziale può essere particolarmente complessa tra un disturbo d'ansia generalizzato ed un ADHD con prevalente espressività inattentiva, ma scarsa componente iperattivo-impulsiva.

Anche in questo caso la diagnosi di comorbidità ha implicazioni sul trattamento. Infatti, i soggetti con ADHD in comorbidità con disturbi d'ansia sono risultati allo studio MTA (1996a,b), citato in precedenza, particolarmente sensibili ad interventi terapeutici di tipo non farmacologico. In questo caso, diversamente da quanto detto

nel caso della comorbidità con disturbi comportamentali, sarebbe opportuno, anche di fronte ad una iniziale efficacia parziale del trattamento non farmacologico, persistere nella possibilità che esso possa rivelarsi efficace nelle fasi successive. È comunque da ricordare che contrariamente a quanto ritenuto nel passato, la associazione ADHD-ansia non implica una minore efficacia dei trattamenti farmacologici.

ADHD E DEPRESSIONE

La diagnosi di comorbidità tra depressione e ADHD è stata spesso eccessivamente ampliata, al punto che alcuni hanno parlato di associazione nell'60-80% dei casi. In questi casi la confusione è dovuta al fatto che viene interpretata come depressione (una vera e propria malattia, grave ed invalidante, ma fortunatamente relativamente rara nei bambini) quella che in realtà è una demoralizzazione, ben comprensibile in bambini ADHD, che certamente non hanno una vita facile, soprattutto se non diagnosticati.

Nella storia naturale della comorbidità ADHD-depressione il disturbo ad esordio più precoce è l'ADHD, mentre la depressione si sviluppa successivamente, nella età scolare o più spesso in adolescenza. Nelle forme depressive più precoci è importante valutare la possibile evoluzione, spontanea o indotta da un trattamento farmacologico con antidepressivi, verso un disturbo maniacale. Non è chiaro se la comorbidità depressione-ADHD aumenti questo rischio (Faraone e Biederman, 1997).

Un elemento ancora aperto, ed evidentemente di grande interesse clinico, è se la associazione tra ADHD e depressione non determini un aumento del rischio suicidario (Brent et al., 1988). Mentre alcuni autori ritengono che questo accada, attraverso una tendenza ad una maggiore impulsività, altri autori non hanno riscontrato tale eventualità. In ogni caso la valutazione del rischio suicidario dovrebbe essere un elemento costante nel monitoraggio clinico di ogni adolescente depresso (il suicidio è la seconda o terza causa di morte in adolescenza nel mondo occidentale).

La frequenza di depressione nei bambini ADHD e nei loro parenti di primo grado è maggiore rispetto alla popolazione generale sia in campioni clinici che epidemiologici; inoltre i figli di soggetti con disturbo depressivo hanno una più elevata incidenza di ADHD. I soggetti con ADHD associato a disturbi depressivi hanno una insorgenza più tardiva dei sintomi ADHD, una minore compromissione cognitiva e minori segni di disfunzione neurologica minore; tali dati hanno fatto pensare ad un sottotipo specifico.

La prognosi del disturbo depressivo quando è associato ad ADHD sembra essere indipendente da quest'ultimo, nel senso che il quadro depressivo può persistere ed

aggravarsi anche in quelle condizioni nelle quali l'ADHD va incontro in adolescenza ad un miglioramento clinico e funzionale.

Anche in questo caso è importante ricordare il problema della diagnosi differenziale, in quanto in particolare nei bambini la depressione può a volte assumere caratteristiche cliniche che la rendono in parte analoga all'ADHD, soprattutto perché nel bambino il decorso è più spesso cronico e non episodico. La presentazione clinica dei disturbi depressivi, ed in particolare della distimia, che è la forma cronica di depressione, include alcuni dei sintomi nucleari dell'ADHD. Infine nei bambini l'umore depresso può non essere presente, mentre è più evidente l'irritabilità.

Ne consegue che per fare una corretta diagnosi differenziale è necessaria una accurata conoscenza della clinica della depressione, nelle sue multiformi espressioni nell'età evolutiva.

L'efficacia degli stimolanti nella comorbidità ADHD-depressione e/o ansia è stata riportata inferiore, anche se dati più recenti non confermano questa specificità. I triciclici sarebbero ugualmente efficaci sia sui sintomi ADHD che sui sintomi depressivi, e sono stati proposti in questa forma di comorbidità. In realtà, non esistono studi controllati sulla loro efficacia nella depressione dell'età evolutiva, mentre ben noti sono gli effetti collaterali e la potenziale cardiotossicità che ne sconsigliano fortemente la utilizzazione nei bambini e negli adolescenti. Quindi nei casi nei quali sia ritenuta necessaria una terapia farmacologica, è opportuno usare per la depressione farmaci serotonergici selettivi (SSRI), monitorando attentamente il rischio suicidario e la possibilità di una attivazione maniacale, ed eventualmente per l'ADHD farmaci più efficaci e sicuri dei triciclici. Naturalmente gli antidepressivi ad azione selettiva sulla serotonina non hanno alcuna efficacia sui sintomi ADHD, per cui quando un miglioramento si registra, ciò significa che abbiamo curato l'ansia e/o la depressione, ma non l'ADHD.

DISTURBO BIPOLARE

La comorbidità tra ADHD e il disturbo bipolare solleva delicati problemi di diagnosi differenziale, esistendo una parziale sovrapposizione tra il quadro clinico delle due manifestazioni (Biederman et al., 1996a). La diagnosi è resa ancora più complicata dal fatto che la associazione tra i due disturbi è particolarmente frequente, in particolare nelle forme bipolari ad esordio in età scolare.

Esiste comunque una certa evidenza clinica che un disturbo bipolare sia più frequente nei bambini ADHD (intorno al 10%) che nella popolazione generale. In altri termini i bambini ADHD hanno un rischio maggior di sviluppare un disturbo bi-

polare, ed in questi casi il disturbo bipolare ha un esordio particolarmente precoce (intorno ai 7-8 anni) (Masi et al., 2003b).

La fenomenologia del disturbo bipolare in età evolutiva è ancora discussa, e certo meno delineata rispetto al disturbo bipolare dell'adulto, caratterizzato dalla alternanza di episodi depressivi e maniacali, o dalla loro coesistenza (stato misto).

Distraibilità, impulsività, iperattività, labilità attentiva accomunano sia l'ADHD che la mania. La irritabilità ed aggressività dei bambini con mania è generalmente più grave, con reazioni esplosive e violente, difficili da riconoscere se, come spesso accade, non è presente una chiara euforia, ma un umore disforico o rabbioso; spesso sono evidenti comportamento clownesco ed egocentrico. I sintomi più frequenti sono l'irritabilità, generalmente associata a ostilità e aggressività, sia verbale che fisica, ed a "tempeste affettive" e crisi di rabbia. L'impulsività può esprimersi attraverso la ricerca di attività piacevoli, ma pericolose, mentre nell'ADHD è l'espressione di una globale perdita di inibizione.

L'iperattività motoria è in genere più finalizzata di quella caotica, pervasiva ed afinalistica dei soggetti con ADHD, può emergere rapidamente e determinare il rapido mutamento del grado di dell'attività. La grandiosità può esprimersi attraverso una identificazione con figure onnipotenti del cinema o dei fumetti, o la convinzione di poter fare cose impossibili agli altri (smontare e rimontare una macchina, scrivere la sceneggiatura per un film, ecc.), oppure attraverso la convinzione di una propria superiorità nei confronti dei genitori, degli insegnanti o di altre figure di autorità, o ancora attraverso l'intolleranza verso regole o limitazioni o con comportamenti oppositori o provocatori.

Comportamenti anti-sociali, come la vittimizzazione dei coetanei, piccoli incendi e furti sono prevalentemente associati alla convinzione di essere al di sopra della legge. L'ipersessualità (seduttività, esibizionismo, linguaggio esplicitamente sessualizzato, masturbazione compulsiva) sono possibili, e pongono il delicato problema della diagnosi differenziale con un abuso sessuale cronico o acuto. Su una stabile condizione di eccitamento (aumento dell'energia, riduzione del sonno, logorrea, ideorrea) possono irrompere acutamente sentimenti e verbalizzazioni di natura depressiva, con autosvalutazione, pensieri di morte, idee pessimistiche sul significato della vita, ecc. (Masi et al., in stampa.)

Il riconoscimento della comorbidità ADHD-disturbo bipolare è importante, perché essa individua un sottogruppo di soggetti con un andamento clinico e prognostico particolarmente negativo (Masi et al., 2004b). Confrontati con gli altri bambini ADHD, quelli con comorbidità bipolare hanno più frequentemente depressione maggiore, disturbo della condotta o disturbo oppositivo-provocatorio, disturbi d'ansia e necessità di ospedalizzazione, oltre che una più grave compromissione del

funzionamento sociale. L'esito verso una evoluzione in senso antisociale sarebbe più elevato in questi soggetti. Inoltre una associazione tra ADHD e disturbo dell'umore (in particolare bipolare) è presente significativamente nei soggetti che realizzano un suicidio, più ancora che in quelli che lo tentano. Se questi aspetti sono tipici del disturbo maniaco, la familiarità ADHD, le alterazioni cognitive e le difficoltà scolastiche sono più tipiche dell'ADHD. Risulta comunque ancor più evidente in questo tipo di comorbidità-diagnosi differenziale che una corretta diagnosi implica una specifica conoscenza delle caratteristiche evolutive del disturbo bipolare in età evolutiva.,

In sintesi, le forme di disturbo bipolare che si sviluppano su una base di ADHD sono caratterizzate da un esordio particolarmente precoce, da un andamento meno episodico e più cronico-subcontinuo, da una maggiore associazione con disturbi del comportamento, e da una particolare resistenza ai trattamenti.

Per quanto riguarda il trattamento della comorbidità ADHD-bipolare, l'elemento che per molto tempo ha rappresentato il fulcro della discussione è stato il quesito se i farmaci psicostimolanti possono scatenare un episodio maniacale, o almeno peggiorarlo. Mentre i dati iniziali facevano sorgere qualche timore sulla possibilità di un peggioramento di un quadro maniacale con metilfenidato, dati più recenti suggeriscono la possibilità di far uso di stimolanti anche in soggetti bipolari, con effetto sulla componente ADHD, ma non peggioramento dell'umore.

È comunque opportuno nelle forme con evidente sintomatologia maniacale iniziare con un trattamento con stabilizzatori dell'umore, ed eventualmente associare stimolanti solo se la stabilizzazione dell'umore ha prodotto un miglioramento solo parziale.

ADHD, DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E SINDROME DI TOURETTE

L'associazione ADHD, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e tic, in particolare s. di Tourette (ST) è molto superiore al caso. Si ritiene che sintomi ADHD siano presenti nel 20-30% dei DOC e nel 40% della ST, per cui si ipotizza un legame di natura genetica, basato su un comune substrato neurofunzionale (circuiti frontostriatali). Comunque solo una piccola percentuale di soggetti ADHD, comunque superiore al caso, presenterà una ST o un DOC (5-10%). La natura della relazione tra ADHD, DOC e ST non è chiara, anche se queste sindromi condividono una incapacità nel controllo inibitorio. Tale comorbidità non va confusa con una pseudo-comorbidità, legata al fatto che i disturbi dell'attenzione sono in parte riferibili all'effetto distraente dei tic e delle ossessioni-compulsioni, ed al disperato tentativo da parte dei soggetti affetti di controllare tali manifestazioni.

Tipicamente l'ADHD precede l'esordio dei tic e del DOC, peggiora con il progredire dei tic, e contribuisce significativamente alla gravità del quadro clinico, in termini di disturbi comportamentali (impulsività), difficoltà scolastiche ed alterazione delle prestazioni cognitive.

Una percentuale di soggetti con DOC oscillante tra il 10 ed il 25%, a seconda dei vari studi, presenta un ADHD associato (Masi et al., 2005). I soggetti che presentano tale comorbidità sono più spesso maschi, hanno un esordio più precoce del DOC, che segue ad una fase precedente con ADHD, hanno una più evidente compromissione funzionale rispetto ai soggetti DOC "puri", ed una maggiore comorbidità con disturbo bipolare, tic e disturbi comportamentali (disturbo oppositivo-provocatorio/disturbo della condotta), mentre la fenomenologia delle ossessioni non risulta influenzata dalla associazione con ADHD (Tabella 6). Per questo motivo uno screening per ADHD sarebbe opportuno in tutti i bambini ed adolescenti con DOC, dato che non raramente genitori ed insegnanti non sono consapevoli di questa forma di associazione, la cui individuazione può consentire specifici interventi riabilitativi.

La comorbidità tra ADHD e tic o DOC ha anche implicazioni terapeutiche. Infatti i farmaci stimolanti sono stati per lungo tempo ritenuti responsabili di una possibile slatentizzazione o accentuazione di manifestazioni ticcose o compulsive. Anche se studi controllati tendono a non confermare tale suscettibilità sui grandi numeri in termini statisticamente significativi, la pratica clinica indica che esistono singoli soggetti, in particolare con tic pregressi e/o con familiarità per tic, per i quali la esposizione alla terapia con metilfenidato si associa ad un aggravamento o ricomparsa di tic o, meno spesso, sintomi ossessivo-compulsivi. In tali casi la valutazione della opportunità di proseguire o meno la terapia farmacologica dovrebbe essere presa sulla base della gravità dei tic e/o delle compulsioni, ma anche sulla base del risultato clinico della terapia con stimolanti sui sintomi ADHD.

Alcune linee guida suggeriscono che il trattamento farmacologico di prima scelta dovrebbe essere in questa comorbidità rappresentato dalla clonidina, che può essere efficace su entrambi i disturbi. In realtà l'efficacia della clonidina sia sui tic che sull'ADHD è tutt'altro che costante. Inoltre si osserva frequentemente una riduzione della efficacia del farmaco dopo 6-8 mesi dal suo inizio, che obbliga ad un aumento dei dosaggi o ad una associazione con altri farmaci (psicostimolanti per i sintomi ADHD, antipsicotici per la ST).

Nel caso di una comorbidità con un DOC che necessiti di una farmacoterapia, quest'ultimo deve essere trattato in modo specifico, con farmaci serotonergici.

ADHD, DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO, DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO E RITARDO MENTALE

La associazione tra ADHD e disturbi della letto-scrittura e/o del calcolo è molto frequente, potendo arrivare al 25%. Tale associazione è spesso misconosciuta, poiché le difficoltà scolastiche sono attribuite automaticamente ai sintomi ADHD, mentre la identificazione di una dislessia o di una discalculia è fondamentale, poiché consente l'adozione di interventi riabilitativi specifici, che devono essere affiancati a quelli per l'ADHD.

Sintomi del tipo ADHD sono frequentemente descritti in bambini con ritardo mentale o patologie dello spettro dei disturbi pervasivi dello sviluppo, sia di tipo autistico che non autistico. Si ritiene che la frequenza di disturbi dell'attenzione con iperattività sia 3-4 volte superiore in soggetti con ritardo mentale rispetto ai soggetti normodotati, anche se una diagnosi di ADHD non dovrebbe essere fatta in soggetti con ritardo mentale grave o profondo. In questi casi è spesso difficile riconoscere i disturbi comportamentali impliciti nel ritardo mentale da quelli legati ad una comorbidità ADHD. In generale il problema della comorbidità in questi soggetti è spesso trascurato, per un effetto generale di mascheramento diagnostico che il ritardo mentale esercita sulle manifestazioni psicopatologiche ad esso associate.

Ma accanto alla comorbidità anche in questi casi deve essere affrontato il problema della diagnosi differenziale, che è rilevante soprattutto in età prescolare, quando bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo non autistici o bambini con ritardo mentale presentano una marcata disorganizzazione del comportamento, con iperattività, discontrollo del comportamento, instabilità affettiva, aggressività, che possono essere confusi con i sintomi dell'ADHD.

La ripetitività e rigidità di questi sintomi è maggiore nei soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo e/o ritardo mentale, così come è maggiore la frequenza di disturbi della comunicazione, di ritiro sociale e di stereotipie motorie o linguistiche.

In genere con il passare degli anni la diagnosi differenziale diventa più chiara, ma la possibilità di una associazione tra questi disturbi può favorire un mascheramento diagnostico che impedisce il riconoscimento dell'ADHD associato.

Qualora si ritenga che esista una vera comorbidità tra disturbo pervasivo dello sviluppo e/o ritardo mentale ed ADHD, questi soggetti possono essere trattati con farmaci stimolanti, anche se è descritta una maggiore frequenza di reazioni indesiderate in questi soggetti, in particolare in quelli con patologia autistica (Di Martino et al., 2004), che possono presentare aumento della eccitazioni, oppure aumento di chiusura relazionale e di stereotipie e movimenti ripetitivi.

Nei casi con maggiore livello di disorganizzazione emotiva, comportamentale e del pensiero può essere utile il ricorso ad antipsicotici atipici, in alternativa o in associazione agli stimolanti.

CONCLUSIONI

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività è una delle cause più frequenti di consultazione in neuropsichiatria infantile. Il quadro clinico è caratterizzato da iperattività, impulsività e disturbo dell'attenzione, ma tale triade spesso è complicata nella storia naturale del disturbo da difficoltà scolastiche, difficoltà nelle relazioni sociali, abbassamento della autostima e disturbi comportamentali di varia natura ed intensità.

La definizione delle comorbidità consente di individuare sottogruppi di ADHD più omogenei, dotati di peculiarità sul piano della diagnosi, della espressività clinica, della prognosi e del trattamento. Naturalmente una accurata valutazione della comorbidità implica un adeguato assetto diagnostico, ad esempio con interviste strutturate, che non consentano all'ADHD di mascherare altre affezioni in associazione. Tale procedura potrà consentire maggiormente la definizione dei più importanti fattori di rischio, dei più significativi mediatori prognostici, e soprattutto l'adozione di interventi sempre più tempestivi e mirati per le diverse componenti del quadro clinico. Infatti spesso delle guarigioni incomplete o delle apparenti resistenze al trattamento non sono altro che il frutto di una comorbidità non adeguatamente considerata.

La diagnosi di ADHD è una diagnosi clinica, che si effettua sulla base di una raccolta attenta di sintomi, se possibile da diverse fonti di informazione. Basarsi esclusivamente su dati clinici espone a rischi, poiché i sintomi dell'ADHD sono aspecifici, e possono quindi essere riscontrati in diversi quadri clinici, ma anche in bambini normali o in situazioni ambientali sfavorevoli. La utilizzazione esclusiva di rating scales che valutano soltanto la sintomatologia nucleare dell'ADHD pongono quindi un elevato rischio di sovrastimare la reale prevalenza del disturbo. Il problema della diagnosi differenziale appare quindi cruciale, ed implica una adeguata conoscenza non soltanto dell'ADHD, ma anche di tutte le condizioni cliniche con le quali esso può essere confuso. Infatti una confusione diagnostica può determinare la scelta di provvedimenti terapeutici inutili o addirittura dannosi.

BIBLIOGRAFIA

- Biederman J., Newcorn J., Sprich S. (1991), *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders* "Am J Psychiatry", 148, 564-577
- Biederman J., Faraone S., Mick E. et al (1996a), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity?* "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 35, 997-1008
- Biederman J., Faraone S., Milberger S. et al (1996b), *A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders*, "Arch Gen Psychiatry" 53, 437-446
- Biederman J. (2005), *Attention deficit hyperactivity disorder: a selective overview*, "Biol Psychiatry" Jun, 57(11): 1215-1220
- Brent D.A., Perper J.A., Goldstein C.E. et al (1988), *Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicidal victims with suicidal inpatients*, "Arch Gen Psychiatry" 45, 581-588
- Brown T.E. (Ed) (2000), *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*, American Psychiatric Press, Washington
- Caron C., Rutter M. (1991), *Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies*, "J Child Psychol Psychiatry", 32(7): 1063-1080
- Di Martino A., Melis G., Cianchetti C., Zuddas A. (2004), *Methylphenidate for pervasive developmental disorders. Safety and efficacy of acute single dose test and ongoing therapy: an open-pilot study*, "J Child Adolesc Psychopharmacol" 14(2): 207-218
- Faraone S.V., Biederman J. (1997), *Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors?* "J Nerv Ment Dis", 185, 533-541
- Gillberg C., Gillberg I.C., Rasmussen P. et al. (2004), *Co-existing disorders in ADHD- implications for diagnosis and intervention*, "Eur Child Adolesc Psychiatry", 13, Suppl.1: I80-92
- Jensen P. (2001), *Introduction – ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 40, 134-136
- Masi G., Cosenza A., Mucci M., Brovedani P. (2003c), *A three-year naturalistic study of 53 preschool children with pervasive developmental disorder treated with risperidone*, "J Clin Psychiatry", 64(9), 1039-1047
- Masi G., Toni C., Perugi G., Travierso M.C., Millepiedi S., Mucci M., Akiskal H.S. (2003b), *Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder*, "Compr Psychiatry", 44(3), 184-189
- Masi G., Millepiedi S., Mucci M., Pascale R.R., Perugi G., Akiskal H.S. (2003a), *Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescents: beyond DSM IV*, "Can J Psychiatry", 48(2), 99-105

- Masi G., Millepiedi S., Mucci M., Poli P., Bertini N., Milantoni L.** (2004a), *Generalized anxiety disorder in children and adolescents*, "J Am Acad Child Adolesc Psychiatry", 43(6), 752-760
- Masi G., Perugi G., Toni C., Millepiedi S., Mucci M., Bertini N., Akiskal H.S.** (2004b), *Predictors of treatment non-response on bipolar children and adolescents with manic or mixed episodes*, "J Child Adolesc Psychopharmacol", 14 (3): 395-404
- Masi G., Millepiedi S., Mucci M., Bertini N., Milantoni L., Arcangeli F.** (2005), *A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 44(7): 673-681
- Masi G., Toni C., Perugi G., Millepiedi S., Mucci M., Bertini N., Akiskal H.S.**, *The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic distinction*, "Biol Psychiatry", in stampa, b
- Masi G., Millepiedi S., Mucci M., Bertini N., Pfanner C., Arcangeli F.**, *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and ADHD in referred children and adolescents*, "Compr Psychiatry", in stampa, a
- MTA Collaborative Group** (1999a), *A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 56, 1073-1086
- MTA Collaborative Group** (1999b), *Moderators and mediators of treatment response for children with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder*, "Arch Gen Psychiatry", 56, 1088-1096
- Pliszka S.R.** (2003), *Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management*, "Pediatr Drugs", 5(11): 741-750
- Spencer T., Biederman J., Wilens T.** (1999), *Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity*, "Pediatr Clin North Am" 46(5); 915-927

Bernardo Dalla Bernardina

Grazie Gabriele. Adesso penso che nonostante la passione, la chiarezza e il carisma dei relatori abbiamo grattato il fondo dell'attenzione, bisogna che andiamo ad un minimo di riposo. Quindi adesso facciamo il quarto d'ora di break. Per favore cercate di essere qui già seduti e in silenzio alle 11 a mezza, perché dobbiamo recuperare una relazione. Grazie.

Grazie, riprendiamo i lavori con la professoressa Bisiacchi che affronta gli aspetti neuropsicologici nell'ADHD e la modalità con la quale questi possono essere esplorati, valutati.

La neuropsicologia nell'ADHD: caratteristiche e valutazione

Patrizia Bisiacchi, Vincenza Tarantino

È da molto che si parla della sindrome dell'ADHD. Generalmente si fa riferimento al 1902 come data in cui venne descritta tale sindrome, all'interno di una serie di conferenze tenute da Sir F. George per il Royal College of Physicians inglese. Tuttavia già nel 1845 un medico tedesco, H. Hoffman, aveva descritto in un libro per bambini, "The Story of Fidgety Philip", un fenotipo che presentava la sintomatologia tipica dell'ADHD e che non era molto diverso da quello categorizzato poi dal DSM IV nel 1994.

La prevalenza del disturbo è più frequente nei maschi che nelle femmine; in età scolare si valuta sia dal 3 al 5%, nel 50-80% dei casi il disturbo permane anche nell'adolescenza, nel 30-50% dei casi esso si protrae anche in età adulta.

La maggior parte degli studi di prevalenza si basano su dati derivati dall'uso di questionari rivolti agli insegnanti e/o ai genitori. La Figura 1 riporta alcuni dati stimati sulla popolazione italiana.

Se si può pensare di rilevare i disturbi di tipo comportamentale attraverso queste scale rivolte ai familiari o ad adulti a lui vicini, lo stesso non si può fare per i disturbi di tipo attentivo o delle funzioni esecutive, dei quali occorre avere una misura quanto più obiettiva possibile.

Negli ultimi 10 anni molti studi hanno esaminato l'efficacia diagnostica dei test neuropsicologici nel discriminare il disturbo ADHD. Non si è trovato un singolo test, un singolo strumento che possa identificare univocamente il disturbo. Si è riscontrato invece che un insieme di test, una batteria, aumenta la specificità, ossia abbassa la probabilità di individuare falsi positivi (Doyle et al., 2000; Perugini et al., 2000; Lockwood et al., 2001).

Occorre sottolineare, a tal proposito, la differenza tra valutazione neuropsicologica e valutazione cognitiva. Sicuramente entrambe sono accomunate dall'uso di test standardizzati con una buona validazione psicometrica. In una valutazione neuropsicologica, tuttavia, non ci si limita ad effettuare un "esame psicometrico" ma il dato ottenuto dalla somministrazione del test o della batteria di test si inserisce all'interno di una più ampia valutazione che tiene conto anche del substrato neurale delle funzioni cognitive e dei comportamenti indagati.

Figura 1 - Prevalenza ADHD in Italia

Studio	Prevalenza	Strumenti	N.	Età
Gallucci et al., 1993	3,6 %	DSM-III-R + Questionari insegnanti	232	8-10
Camerini et al., 1996	5%	DSM-IV + Questionari insegnanti	2557	6-12
Marzocchi et al., 2000	8,2% (6% sottotipo disattento, 0,7% iperattivo-impulsivo, 1,5 combinato)	DSM-IV + Questionari insegnanti	973	7-10
Mugnaini et al., 2006	7,1% (3,5% sottotipo disattento, 2,3 iperattivo-impulsivo, 1,3% combinato)	DSM-IV + Questionari insegnanti	1891	6-7

Per fare un esempio, a volte, riferendosi ai test che valutano abilità corticali quali le funzioni esecutive si parla di “test frontali” perché questi, dal punto di vista neurale, implicano il coinvolgimento di aree corticali frontali. Prestazioni al di sotto della norma in tali test, pertanto, segnalano la presenza di un deficit nelle funzioni esecutive e sono particolarmente sensibili nella rilevazione di soggetti con ipofunzionamento o lesioni ai lobi frontali. Questa metodologia di indagine è elettiva, dunque, nei casi di patologie organiche, quali i traumi cranici e nello studio delle funzioni cognitive dal punto di vista evolutivo. Molte aree cerebrali, infatti, arrivano a maturazione nei primi anni di vita, ma molte altre maturano molto più avanti. Questo comporta continue modificazioni e una continua plasticità del sistema nervoso e cognitivo. È importante inoltre rilevare che è possibile esaminare, secondo un'ottica neuropsicologica, anche test usati di routine nella pratica clinica, quali le scale di intelligenza Wechsler.

Secondo i criteri del DSM-IV la sintomatologia deve essere pervasiva e presente in almeno due contesti, per esempio la scuola e la casa. Alcuni studi tuttavia hanno indagato il grado di concordanza tra quanto riferito attraverso i questionari dai genitori e dagli insegnanti dello stesso bambino, trovando una bassa concordanza (Mitsis et al., 2000; Wolraich et al., 2004, Faraone et al., 2005). Benché i questionari siano un agile strumento di indagine, tuttavia pongono problemi relativi ad un'accurata diagnosi del disturbo.

Uno dei punti critici nella diagnosi della sindrome ADHD, che rende difficoltosa l'individuazione di un test obiettivo e di un gold standard che indichi se il bambino ha effettivamente un disturbo di attenzione e/o iperattività, è sicuramente il fatto che siamo di fronte ad una sintomatologia molto eterogenea che ha un'origine multifattoriale.

La diagnosi di ADHD è necessariamente una diagnosi clinica, cioè deve tenere conto di tutti questi aspetti e non può essere solo quantitativa o solo il risultato di un test o solo il risultato di una serie di questionari. Richiede pertanto l'intervento di un'équipe di persone che prendano in considerazione aspetti diversi del disturbo.

In un'indagine di screening che abbiamo condotto su 1.353 bambini di età compresa tra i 10 e i 13 anni nelle scuole del Veneto, a cui stata somministrata una batteria di 12 test neuropsicologici, abbiamo addestrato lo psicologo a rilevare degli "indici qualitativi" del comportamento durante l'esecuzione dei test che rispecchiassero i sintomi descritti nel DSM-IV. Al gruppo di bambini segnalati come disattenti e/o iperattivi dallo psicologo è stata somministrata la scala di rilevazione dei comportamenti di attenzione e iperattività SDAG (Cornoldi et al., 1996) ai genitori. La scala è stata inoltre somministrata ai genitori di un gruppo di bambini non segnalati dallo psicologo ma con prestazioni al di sotto della norma in almeno due test della batteria somministrata che misuravano le abilità di attenzione e di funzioni esecutive e ad un gruppo di bambini non segnalati dallo psicologo e con prestazioni nella norma in tutti i test. Sono state considerate come deficitarie prestazioni al di sotto di 2 deviazioni standard dalla media normativa in almeno due dei seguenti test: Cifrario (WISC-R), Disegno con cubi (WISC-R), Digit span all'indietro (BVN, Bisiacchi et al., 2005) e Fluenza fonemica (BVN, Bisiacchi et al., 2005), Lista interferente del California Verbal Learning Test. Nonostante i criteri restrittivi utilizzati, un totale di 210 bambini cadeva ai test. Questo dato evidenzia come questi test siano molto sensibili nel rilevare difficoltà in aree cognitive critiche nello sviluppo.

Sono stati incrociati i dati derivanti dalle osservazioni qualitative segnalate dallo psicologo con i dati delle prestazioni ai test e dei questionari ai genitori. Il 2,87% di tutti questi bambini era stato segnalato come disattento e/o iperattivo dallo psicologo. Sul totale del campione cadevano ai test la maggior parte (32 su 39) dei bambini che gli psicologi avevano segnalato cadevano in almeno due test; 15 dei 39 bambini segnalati dallo psicologo avevano anche la segnalazione dei genitori attraverso il questionario. Dei 33 che cadevano ai test, 10 erano segnalati dai genitori con problemi di attenzione e iperattività. Infine dei 40 che per noi non avevano nessuna indicazione né ai test, né dallo psicologo, 5 erano stati segnalati dai genitori. Abbiamo quindi riscontrato una sovrapposizione abbastanza buona tra la segnalazione dello psicologo, che non era a conoscenza dei risultati ai test, e la prestazione ai test ma non tra l'osservazione dello psicologo e quella del genitore.

Abbiamo misurato una serie di indici statistici, di sensibilità, specificità e l'indice di concordanza K di Cohen. Considerando tutti questi indici abbiamo cercato di vedere quale fossero le combinazioni osservatore-test più adeguate per rilevare correttamente il deficit di attenzione e iperattività. I valori più alti di sensibilità, specificità

e K di Cohen sono stati ottenuti dalla combinazione osservazione clinica dello psicologo + i punteggi ai test. Se ci attenessimo a questi indici per stimare la prevalenza del disturbo ADHD avremmo una percentuale del 2,36%. Se invece considerassimo tutti e tre gli indici (psicologo + test + genitore) la percentuale di prevalenza si abbasserebbe a meno dell'1%.

Poiché la sintomatologia ADHD non è unitaria e molteplici sono le funzioni cognitive e le aree cerebrali interessate dall'ADHD risulta importante definire quali di queste è in particolar modo alterata nel bambino che abbiamo di fronte.

La valutazione neuropsicologica dei deficit di attenzione richiede pertanto di prendere in esame le specifiche funzioni attentive: vigilanza o attenzione sostenuta, che è la capacità di mantenere l'attenzione a livelli ottimali per un periodo di tempo prolungato; attenzione selettiva, che è la capacità di inibire le informazioni irrilevanti per il compito che ci viene chiesto di eseguire; allerta, che è la capacità di mantenere i livelli ottimali di attivazione e di prontezza alla risposta; attenzione divisa, che è la capacità di distribuire le risorse attentive contemporaneamente a due o più compiti. Tra i paradigmi di studio con cui si indagano i deficit attentivi più usati c'è il Continuous Performance Test (CPT), che è presentato al computer e che richiede al bambino di premere un tasto alla comparsa degli stimoli target sullo schermo (frequenti) e di inibire la risposta alla comparsa dello stimolo non-target (raro). Il bambino con disturbo di attenzione e/o iperattività presenta tipicamente difficoltà nell'inibire la risposta alla comparsa dello stimolo raro e nel rispondere in modo costante agli stimoli target durante l'intera durata del test (15 minuti ca.).

La maggior parte degli studi sull'ADHD hanno indagato il processo di inibizione. I paradigmi comunemente utilizzati per valutare tale processo sono il test di Stroop, le prove *go/no-go* e lo *stop-signal*, che richiedono la capacità di inibire un'informazione non rilevante per il compito e/o una risposta automatica.

Il fatto che queste prove siano di solito fatte svolgere al computer da una parte aumenta la motivazione e la collaborazione del bambino, sia nella pratica clinica che nella ricerca, dall'altra rendere possibile una registrazione più accurata delle risposte e dei tempi di esecuzione.

Un altro aspetto deficitario e ancora non sufficientemente approfondito riguarda le abilità di pianificazione. I bambini con ADHD, infatti, spesso non riescono a portare a termine un compito o un gioco, poiché da un lato non riescono a concentrarsi dall'altro non riescono a gestire i propri piani d'azione. Hanno inoltre difficoltà nell'alternare e nello spostare l'attenzione tra compiti. È per questo motivo ad esempio che gli insegnanti fanno di dover usare pochi oggetti e di esporre i bambini a poche distrazioni sul banco. Uno dei test più utilizzati nel valutare la pianificazione è la torre

di Londra, in cui si richiede al bambino di disporre delle palline in un dato ordine e secondo determinate regole.

Dal punto di vista neuropsicologico queste abilità non sono tutte funzionalmente indipendenti. Anche dal punto di vista neurale queste abilità sono anatomicamente sottese da circuiti cerebrali in parte comuni ed in parte indipendenti. Le aree cerebrali maggiormente coinvolte in queste funzioni, alterate nell'ADHD, sono la corteccia prefrontale, deputata alla programmazione del comportamento, alla resistenza alle distrazioni, ai processi di consapevolezza di sé e di stima del tempo; alcuni nuclei della base (in particolare il caudato e il putamen) che sono deputati all'interruzione di risposte automatiche, consentendo di prendere decisioni più accurate da parte delle aree frontali della corteccia, e che sono coinvolti nei circuiti motivazionali; il verme del cervelletto coinvolto nel circuito motivazionale e probabilmente nel tempo. Un numero speciale della rivista *Biological Psychiatry* del 2005 è completamente dedicato ai dati di neuroimmagine funzionale del deficit di disturbi dell'attenzione e iperattività.

Probabilmente con gli sviluppi della ricerca potremo capire qualcosa di più di questa patologia abbastanza complessa e magari riusciremo a definire degli endofenotipi, come stanno già facendo alcuni colleghi all'estero, cioè cercare di collegare alcune cause biologiche al fenotipo che noi osserviamo, anche utilizzando, spero, la neuropsicologia e soprattutto utilizzando quello che sta facendo il cervello e le tecniche di neuroimmagini.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bisiacchi P., Cendron M., Gugliotta M., Tressoldi P.E., Vio C. (2005), BVN 5-11, *Batteria di valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva*, Erickson, Trento
- Camerini G., Goccia M., Caffo E. (1996), *Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63:587-594
- Doyle A.E., Willcutt E.G., Seidman L.J., Biederman J., Chouinard V.A., Silva J., Faraone S.V. (2005), *Attention-deficit/hyperactivity disorder endophenotypes*, *Biol Psychiatry*, 57(11):1324-35
- Faraone S.V., Biederman J., Zimmerman B. (2005), *Correspondence of parent and teacher reports in medication trials*, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14(1):20-7
- 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*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:1051-1058

- Lockwood K.A., Marcotte A.C., Stern C.** (2001), *Differentiation of attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes: application of a neuropsychological model of attention*, J Clin Exp Neuropsychol, 23(3):317-30
- Marzocchi G.M., Cornoldi C.** (2000), *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici con deficit d'attenzione e iperattività*. Psicologia clinica dello sviluppo, 4:43-64.
- Mitsis E.M., McKay K.E., Schulz K.P., Newcorn J.H., Halperin J.M.** (2000), *Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39(3):308-13
- 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*. Eur Psychiatry, 21(6):419-26.
- Perugini E.M., Harvey E.A., Lovejoy D.W., Sandstrom K., Webb A.H.** (2000), *The predictive power of combined neuropsychological measures for attention-deficit/hyperactivity disorder in children*. Child Neuropsychol, 6(2):101-14
- Wolraich M.L., Lambert E.W., Bickman L., Simmons T., Doffing M.A., Worley K.A.** (2004), *Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder*. J Dev Behav Pediatr, 25(1):41-7

Bernardo Dalla Bernardina

Grazie, perché nonostante la preoccupazione di stare nei tempi mi sembra che la professoressa sia stata chiarissima e abbia aperto nuovi punti di interesse.

Passiamo adesso a vedere l'aspetto più rivolto alla famiglia e chiedo alla professoressa Offredi di affrontare questo aspetto. Ci parlerà del ruolo dei genitori: il Parent Training.

Il ruolo dei genitori: il parent training

Francesca Offredi

Buongiorno a tutti, negli interventi precedenti al mio avete ascoltato un taglio molto scientifico, dal quale non si può prescindere quando si parla di ADHD, se no si rischia di cadere in quell'ambiguità in cui si dice che il bambino è un pochino agitato oppure non sta tanto seduto oppure "non mi ascolta tanto". Invece interessarsi degli studi, degli ambiti che si occupano degli ADHD, dei diversi aspetti coinvolti e avere un'idea di come si sta muovendo la ricerca, secondo me è fondamentale per capire quanto lavoro c'è alla base di un'individuazione anche di percorsi primariamente diagnostici, di definizione di profilo, e quindi anche di presa in carico.

Dietro di me, nella diapositiva, vedete Bart Simpson, che secondo me è il classico ADHD. Il classico ADHD secondo tutti gli aspetti del personaggio, nel senso che è anche un bambino spiccatamente intelligente, molto pasticcione, all'interno di una famiglia sicuramente sui generis, che però esprime anche una serie di caratteristiche di gestione familiare ed emotive secondo me molto positive. Fra le altre cose, in una delle puntate dei Simpson, i figli venivano tolti ai genitori perché li gestivano male e sono stati loro riaffidati – io parlerò di Parent Training – solo dopo che hanno fatto un corso per genitori, specifico, hanno raggiunto un determinato tipo di diploma e gli hanno così riaffidato i figli.

Riassumiamo rapidamente le caratteristiche di base del bambino con ADHD: si parla di disattenzione, difficoltà soprattutto a permanere attentivamente nel tempo, ma anche a gestire più fonti di stimoli, a filtrare gli stimoli irrilevanti e a passare rapidamente da un criterio all'altro, da una modalità all'altra; iperattività intesa nel senso strettamente motorio, quindi difficoltà a stare seduti tranquilli, difficoltà ad attendere, difficoltà a mantenersi abbastanza fermi, tendenza, negli ambienti più fluidi specialmente nelle fasi più precoci dello sviluppo, a correre e muoversi molto (comportamento molto evidente nella fascia prescolare che va attenuandosi spontaneamente – ci hanno spiegato molto bene il perché – all'inizio della fascia delle elementari e poi via via sempre di più). Tipicamente le insegnanti, quando il bambino a noi noto fin dalla prima arriva in terza elementare, ci riferiscono: "*Va molto meglio, adesso riesce a stare seduto*"; purtroppo abbiamo capito che non è un segno positivo di "remissione della sintomatologia", perché in realtà è l'evoluzione spontanea del disturbo. Ci sono aspetti di impulsività, anche a livello cognitivo, sono i bambini che rispondono alla domanda prima che voi abbiate finito di formularla, sono i bambini che cominciano a fare i compiti prima che voi abbiate dato tutte le istruzioni necessarie per lo svol-

gimento, sono bambini che rispondono in modo impulsivo anche nell'interazione sociale, quindi sono i bambini che, se vengono spinti, non si chiedono se la spinta è occasionale o non voluta, semplicemente spingono a loro volta.

Questi sono i sintomi cardine e questo è ciò su cui ci si deve basare per emettere la diagnosi. Naturalmente ci sono una serie di altre difficoltà che questi bambini presentano, che non fanno parte dei criteri diagnostici ma che spesso vi si associano.

1. Lo scarso rendimento scolastico, in particolar modo considerato rispetto alle potenzialità cognitive di questi bambini.
2. I disturbi specifici dell'apprendimento (con un grado di comorbidità importantissimo, forse fino al 35-40% di bambini che, diagnosticati con ADHD, hanno anche un disturbo quale la dislessia, la disortografia, o la discalculia).
3. Un livello basso di autostima o, più frequentemente, una forte fluttuazione dell'autostima. Questi bambini spesso sono situazione-dipendenti, o successo/insuccesso-dipendenti, per cui alcune volte, anche nel gioco, se vanno bene in un'attività possono diventare anche un po' sbruffoni o vantarsi mentre se tendono ad avere un insuccesso, specialmente la prima volta che affrontano l'attività, tendono ad abbandonarla e la loro modulazione dello sforzo – un altro dei grossissimi problemi di questi bambini – è contraria a quella che noi desidereremmo: infatti si impegnano meno in un'attività in cui hanno avuto un insuccesso e tendono invece a scegliere e portare avanti solo attività in cui hanno avuto successo. Pensate questo che impatto ha sul rendimento scolastico: si impegnano meno proprio sulle cose che per loro sono più complesse.
4. La difficoltà di socializzazione: il dottor Masi ci ha spiegato quanto è importante questo, da tenere presente nella linea di sviluppo per quanto riguarda la preadolescenza e l'adolescenza. Pensiamo alla tendenza ad essere isolati dai gruppi: quando i pari formano le squadre per giocare, questi bimbi sono fra gli ultimi ad essere scelti, perché spesso nelle attività sportive fanno pasticci, non hanno visione di gioco, realizzano tentativi di azioni personali che raramente vanno a buon fine. Oppure pensiamo alla difficoltà ad imparare in modo implicito le regole dell'interazione sociale: non imparano da soli qual è il modo per interagire con gli altri bambini, continuano a pensare che se loro vogliono giocare a palla e due bambini stanno giocando, un buon modo è andare lì, prendere la palla e dire: "Adesso gioco anch'io", quando gli altri bambini imparano spontaneamente che si deve aspettare per esempio una pausa naturale del gioco, che la palla cada, per cercare di inserirsi in un'interazione che è già consolidata.

5. In alcuni casi possono esserci anche episodi di aggressività verbale o fisica, specialmente in quei bambini che hanno una diagnosi anche di disturbo positivo provocatorio. Questo però non è tipico del profilo dei bambini con ADHD, che sicuramente sono bambini molto vivaci, sicuramente possono essere molto disturbanti, ma che sono anche bambini molto aperti, sorridenti, entusiasti, e che per loro natura non sono di solito aggressivi.

Da un punto di vista dell'etiologia del disturbo, anche in questo caso la ricerca si orienta verso cause che sono di natura neurobiologica. Sicuramente la ricerca genica sta facendo molto, anche se voi potete pensare quanto complesso sia trovare una o più sedi geniche per un disturbo così trasversale e così complesso come quello che vi è stato finora presentato. Sicuramente si conoscono dei fattori di rischio, di tipo prenatale quali l'uso di alcol e fumo in gravidanza, e dei fattori perinatali quali la prematurità e soprattutto il basso peso alla nascita.

Naturalmente riveste un ruolo anche la relazione fra *nature*, quindi quello che sei perché il DNA lo decide e *nurture* quello che poi l'ambiente decide che tu ti orienti a essere. I fattori ambientali – in particolare la famiglia, ma in seguito anche la scuola – possono essere condizione di aggravamento? Per esempio la presenza, nello stesso nucleo familiare, di altri familiari con il deficit dell'attenzione?

Di solito la linea è paterna, anche perché abbiamo visto che l'incidenza è di gran lunga superiore nel maschio che non nella femmina; la presenza di un familiare con ADHD spesso complica molto le cose, sia per il peso genetico della presenza di un familiare con lo stesso disturbo, sia per un aspetto di *modeling* che l'adulto attua comportandosi a sua volta in modo peculiare, ad esempio mostrando di saturarsi in fretta delle attività, mostrando irrequietudine, cambiando spesso lavoro o persone nei rapporti amicali e affettivi. Può esserci inoltre una struttura familiare disorganizzata, quindi dei ritmi non strutturati, delle abitudini familiari non consolidate, che sicuramente non permettono al bambino di farsi contenere dall'ambiente. Il bambino ha difficoltà ad autoregolarsi e può beneficiare di un ambiente abbastanza prevedibile, strutturato e regolare; una famiglia disorganizzata rischia di diventare per certi aspetti una condizione di aggravamento del disturbo di base del bambino. Anche uno stile educativo eccessivamente punitivo, e solo impostato a un'interazione punitiva può esacerbare la sintomatologia.

Naturalmente l'ambiente può anche essere un fattore di miglioramento. Il significato del prendere in carico la famiglia, lavorare con la famiglia è proprio questo: riconoscere alla famiglia l'enorme potenzialità che ha di essere anche un fattore di miglioramento, un fattore di incremento dell'adattamento del bambino alle richieste ambientali. Si cerca quindi di favorire il consolidamento di uno stile educativo

funzionale, e non uno stile educativo *giusto* (perché non ne esiste uno giusto), ma il più possibile funzionale alla presenza di un bambino con disturbo dell'attenzione. I genitori vanno aiutati nel riconoscimento del disturbo e di quali difficoltà cognitive, emotive e comportamentali sono correlate al disturbo stesso. Ad esempio la maggior parte dei genitori è in grado di dire che questo bambino disturba, che questo bambino non sta fermo, che questo bambino non ascolta e non ubbidisce, mentre non tutti sono in grado di capire quanta parte di volontarietà c'è nel comportamento del bambino. Alcuni dicono: *“Il bambino non mette mai a posto le scarpe, entra in casa, si toglie le scarpe e le lancia in giro. Gliel'ho detto 50 milioni di volte, eppure lui continua a non farlo”*. Spesso questa per i genitori è la dimostrazione che allora il bambino lo fa apposta, mentre dovrebbe essere la dimostrazione che, anche se gliel'hai detto 50.000 volte, forse è una cosa che va al di là del suo controllo, in quella condizione, o forse glielo devi dire in un'altra maniera, o con un altro tempo o con un'altra modalità. È molto importante che i genitori riconoscano quali comportamenti presentati dal bambino anche all'interno dell'ambito familiare sono diversamente spiegabili, alla luce dell'identificazione del disturbo del comportamento. Ed ancora, la famiglia diventa un fattore di miglioramento quando attraverso una presa in carico riesce a collaborare più attivamente con la scuola e con i servizi.

Spesso i genitori, anche nel passato – ma lo abbiamo fatto anche noi clinici – sono stati colpevolizzati rispetto al cattivo funzionamento del bambino, alla sua inadeguatezza rispetto alle richieste ambientali. In realtà non è successo solo con il disturbo dell'attenzione, se pensate alla “mamma-frigorifero” dell'autistico. Sicuramente però i genitori vanno reinvestiti della responsabilità, ma scaricati della colpa; secondo me sono due cose molto diverse che pongono la famiglia in una luce molto più attiva e potenziale, rispetto al compensare o tamponare le modalità del bambino e non la lasciano così ai confini di questo disturbo con tutta la responsabilità di aver fatto un bambino che “funziona male”. È quindi molto importante che la famiglia comprenda la natura del comportamento del bambino, è molto importante lavorare con la famiglia per recuperare un equilibrio fra le difficoltà e le potenzialità. I genitori fanno un'enorme fatica a dirvi quali sono le cose che questi bambini fanno bene. Non solo, quando noi li costringiamo a fare questo, a dire: *“Bene, da una parte metti tutti i punti di debolezza, cioè tutte le cose che il bambino fa in maniera inadeguata, e poi riempi l'altra colonna di tutte le cose che il bambino fa correttamente”*, il genitore ha un'enorme difficoltà a riempire la colonna e molto spesso, quando viene un po' guidato dal clinico a trovare i punti di forza del bambino, tende a dire: *“Sì, ma sono cose meno importanti, sì ma non è la stessa cosa, sì ma è disordinato, sì ma non mi ascolta”*.

Sicuramente, per quanto riguarda i genitori, è anche molto importante dare loro degli strumenti reali e quindi insegnare, trovare insieme a loro una modalità di ge-

stione cognitiva e comportamentale il più possibile funzionale rispetto al bambino con disturbo dell'attenzione. Spesso le famiglie con bambini con disturbo dell'attenzione hanno altri figli e fanno molta fatica a capire come mai ciò che ha funzionato con un figlio non ha funzionato con quest'altro. Quello che conta è che è il bambino ad avere caratteristiche differenti e le misure educative che la famiglia deve adottare sono differenti perché diverso è il bambino. In assoluto non c'è una misura educativa giusta o sbagliata, ma più o meno funzionale, a seconda delle caratteristiche del bambino che hanno davanti.

Un'altra delle grosse sfide che la famiglia deve affrontare è quella di adattare le proprie modalità educative e relazionali all'evoluzione del bambino. Il bambino inteso come un essere in evoluzione, ma anche come bambino con disturbo dell'attenzione, visto che c'è una linea evolutiva in cui il disturbo dell'attenzione, pur rimanendo presente, cambia di aspetto nel tempo. I segni sono presenti già alla scuola materna, di solito è un bambino molto vivace, francamente iperattivo, caratterizzato da mancato senso del pericolo, visibilmente intelligente ma anche "immaturo". *"Maturerà, comprenderà, si adatterà, imparerà a stare più tranquillo"*, queste sono molte delle verbalizzazioni che la scuola materna, anche correttamente, formula. Ci è stato mostrato quanto spesso accade che su cinque bambini che a 4-5 anni sono descritti assolutamente nella stessa maniera, solo uno o due evolveranno poi realmente con un disturbo dell'attenzione, mentre gli altri effettivamente impareranno e si adatteranno. La definizione di immaturo è molto frequente all'interno della scuola materna.

All'inizio della scuola elementare il bambino viene messo nel banco, e l'aspetto iperattivo si nota molto di più, mentre alla scuola materna è molto più tollerato che il bambino interrompa l'attività, si faccia un giretto, faccia un'altra cosa e poi torni a sedersi. Sicuramente quello che si nota all'inizio è la grossa difficoltà del bambino a rispettare le regole: alzare la mano prima di parlare, attendere prima di prendere del materiale, non parlare sovrapponendosi ad un compagno che già sta parlando, e così via. In questo periodo, l'aspetto iperattivo è quello che decresce di più, ma l'aspetto disattentivo permane e comincia anche a strutturarsi, se non c'è un riconoscimento del disturbo, anche una certa porzione di insuccesso scolastico e un'idea di sé come cattivo studente, scarsamente efficace. Sicuramente c'è una forte variabilità nella prestazione scolastica, la scuola descrive spesso questo bambino come un bambino che per certi periodi funziona e poi va molto male, certi giorni gira bene, altri giorni non fa nulla, qui c'è una forte fluttuazione e una forte variabilità.

Alle scuole medie l'insuccesso spesso, purtroppo, è già abbastanza consolidato, anche se il bambino ha imparato a volte a cavarsela, fa molta fatica nello studio, fa comunque fatica a rimanere concentrato. Se in questa fascia d'età sono presenti anche caratteristiche oppositivo-provocatorie, la cosa si complica molto, può esserci

un grosso problema di gestione del comportamento (ad esempio le note sono molto frequenti) e possono diventare importanti anche aspetti dell'interazione con i compagni, aperta provocazione anche nei confronti degli insegnanti, con conseguente sospensione dalla scuola o altro.

Nell'età adolescenziale ed adulta, permangono delle difficoltà di attenzione e organizzazione, la variabilità nel comportamento, la tendenza ad avere rapporti amicali e sentimentali poco stabili, a volte anche cambi relativamente frequenti nell'attività lavorativa. Questo è ciò con cui hanno a che fare quotidianamente i genitori, ed è ciò che la famiglia deve essere aiutata a comprendere e supportare educativamente con l'aiuto del clinico, dei servizi e della scuola.

La scuola ha un grosso ruolo in termini di consolidare una collaborazione con questi genitori e non solo di rimandare loro la loro inadeguatezza. In questo senso vorrei farvi un esempio di ciò che succede a volte nella comunicazione fra scuola e genitori, che è un argomento molto delicato. Quasi tutti bambini ormai frequentano la scuola materna e molto spesso i bambini entrano nella scuola, soprattutto se è pubblica, già con un giudizio di valutazione della scuola materna. Quindi gli insegnanti hanno questa presentazione del bambino che fa fatica a organizzarsi, che non sta fermo, che non sempre rispetta le regole, che a volte si azzuffa con i compagni. In linea di massima gli insegnanti – a mio parere, correttamente – rassicurano i genitori, dicono: *“Vedrà che lo aiutiamo noi, poi i piccoli fanno fatica, vediamo un attimo come si adatta”* e poi, se parliamo dei bambini ADHD, magari di quei bambini con un aspetto iperattivo molto evidente, finisce che convocano i genitori a scuola.

Quello che succede è che di solito i genitori sono già in difficoltà a casa, hanno già i loro problemi e quando vengono convocati, arrivano “con elmo, scudo e lancia”, proprio perché sono stati convocati e perché in qualche maniera sanno già cosa la scuola deve dire loro. In linea di massima la scuola dice: *“È piccolo, non si preoccupi, però sa cosa ha fatto al compagno? Non sta mai fermo, io lo richiamo ma lui non porta il materiale, non fa le cose, corre in giro per l'aula, ecc.”*. Dovete pensare che questi sono anche bambini abbastanza “creativi”: uno dei miei pazienti per esempio si è buttato dalla finestra in prima elementare; è un bimbo con ADHD, ma è anche intelligente, si è buttato dalla finestra ben sapendo di essere al piano terreno, ma l'insegnante è dovuta correre all'interno dell'istituto per cercare di andarlo a recuperare, sono cose molto difficili da gestire. Non sono pochi quelli che prendono la porta e si fanno inseguire fisicamente all'interno della scuola o addirittura all'esterno. Ecco perché la scuola dice: *“Sì, è piccolo, si sta adattando però questo bambino ne combina di ogni genere”*. A questo punto spesso i genitori difendono il bambino, minimizzano, dicono: *“Sì, ok, ma ha sei anni, anche voi pretendete troppo, non è abituato...”* e in qualche maniera danno l'impressione alla scuola di prendere una posizione di negazione rispetto

alle difficoltà comportamentali del bambino. Questo però solitamente scaturisce dalla percezione della propria inadeguatezza educativa e quindi dall'ennesima conferma che il bambino "non è come le nespole", che era immaturo ma comunque non matura e forse non è solo una questione di maturazione. Inoltre è anche molto difficile per la famiglia essere lì ad accettare le lamentele di tutti.

Voi dovete pensare che queste famiglie si beccano il giudizio degli altri anche al supermercato: *"Ma i tuoi genitori non ti hanno insegnato a stare fermo? Tua mamma non ti ha insegnato a stare in fila e a stare un po' tranquillo?"*. Mi ricordo una famiglia, anni fa, che aveva trovato il modo per gestire la tendenza ad allontanarsi del bambino di cinque-sei anni: quando lo mettevano nel passeggino il bambino era talmente grande che non riusciva più a venire fuori e così i genitori riuscivano a fare la spesa evitando che corresse in giro per il centro commerciale (che sono un grosso problema perché troppo stimolanti per questi bambini, che tendono a diventare molto più iperattivi). Naturalmente c'era sempre qualcuno che diceva: *"Ma un bambino così grande dentro al passeggino? Ma dai, com'è possibile?"*. Quindi la famiglia trova delle proprie strategie pratiche per affrontare alcune difficoltà, ma spesso c'è qualcuno che fa delle osservazioni che svalutano la validità delle soluzioni trovate.

A questo punto, come dicevo prima, gli insegnanti si trovano di fronte a una famiglia che dice che il bambino *"A casa è più tranquillo"*.

Quindi la famiglia in qualche maniera un po' nega la pervasività della difficoltà e rimanda alla scuola una richiesta eccessiva per un bambino così piccolo, tanto che la scuola comincia a pensare che forse è anche la famiglia che non si dà abbastanza da fare, che non ha il polso sufficiente per questo tipo di bambino. E i genitori a loro volta, pensano in modo consolatorio che in fondo loro non sono a scuola e che l'insegnante deve fare il suo lavoro e si deve arrangiare lui quando il bambino è a scuola. Questo è un modo consolatorio, tutto sommato significa che non solo loro sono inadeguati, o non del tutto in grado di gestire i figli, ma non ne sono capaci neanche gli insegnanti. Spesso però questo porta nel tempo ad abbassare la soglia di tolleranza della scuola e la scuola comincia a fare collezione di tutte le marachelle del bambino e continua a dare queste comunicazioni alla famiglia.

Cerchiamo di assumere l'ottica dei genitori: è un continuo: *"Suo figlio non ha fatto"*. È verissimo quello che diceva Gabriele Masi, ci sono mamme che fanno fatica ad andare a prendere i bambini, perché è vero che arrivano lì e un giorno un'altra mamma mostra loro una giacca strappata, o racconta di matite rotte o treccine tagliate... C'è il rischio – e spesso va così – che la scuola venga vissuta come punitiva da parte della famiglia e che quindi in qualche maniera ci sia una circolarità nel rimandarsi la responsabilità del bambino: se questo accade aumentano le note e le comunicazioni, ed i genitori si trovano nella posizione di chi dovrebbe sempre e solo punire. È quello

che accade quando la scuola dà una serie di note: una nota in un anno ha un significato, permette alla famiglia di fare una ramanzina e può permettere ai genitori di dare una punizione. Ha comunque un senso una nota, mentre tre note alla settimana non hanno nessun significato educativo e soprattutto non permettono a una famiglia di fare niente, perché quello che succede è che gli tolgono la PlayStation, poi gli tolgono i cartoni animati, poi gli tolgono il gelato, poi non lo mandano più a calcio, con tutto un problema legato alle già presenti difficoltà di socializzazione, poi, per esempio, non lo lasciano più uscire di casa. Ma alla sesta nota, cosa fanno? Lo picchiano, perché è abbastanza comune anche questo; e dopo che l'hanno picchiato? Se questo accade spesso la famiglia a un certo punto cede le armi e davanti alle note fa poco, ma perché non è più in grado di fare altro. Ed è così che capita che la scuola può tirarsi indietro, può avere l'impressione che la famiglia non faccia ciò che dovrebbe o non collabori come deve, o non tenga conto delle indicazioni che la scuola dà.

Voi capite che questa è una parabola piuttosto tragica nei rapporti scuola-famiglia, ma vi assicuro che non è così raro. C'è un grosso errore nella comunicazione reciproca, non sto dicendo che è a carico della scuola, ma credo che alcune volte anche la scuola dovrebbe tener conto del vissuto generale della famiglia, quando in casa ha uno di questi bambini. Ecco perché la famiglia va presa in carico, va presa in carico assieme al bambino, tanto quanto il bambino. Tutta la letteratura parla di intervento multimodale. Si parla di approcci direttamente col bambino, di approcci con la scuola – sicuramente la scuola va aiutata, anche alla scuola vanno fornite informazioni e indicazioni – e con la famiglia.

Di solito le modalità che si utilizzano sono quelle del Parent Training o del counseling familiare. Il Parent Training ha una struttura di tipo cognitivo-comportamentale. In linea di massima è imperniata sul dare delle informazioni sul disturbo ma anche sul fornire delle modalità di gestione per il comportamento del bambino. Di solito è costituito da una serie di incontri di gruppo o individuali, basati su una scaletta preordinata. L'ambito del gruppo viene utilizzato soprattutto per favorire lo scambio di informazioni: la peculiarità del Parent Training all'interno di un gruppo è costituita dalla possibilità che ci sia l'auto-mutuo aiuto da parte dei nuclei familiari rispetto a strategie utili che una famiglia, piuttosto che un'altra, ha utilizzato. Ma sicuramente primario è fornire informazioni proprio sul disturbo e di solito queste vengono fornite dal clinico.

Ai genitori vengono dette tutte le cose che sono state dette a voi oggi qui; forse con un linguaggio un pochino meno tecnico, cercando di dare a loro proprio il senso della complessità ma anche dell'importanza di lavorare con questi bambini.

Vengono proposte tecniche di modificazione del comportamento e tecniche di gestione cognitiva. Non si tratta solo di dire al bambino: "Stop. Fermati", o di dire:

“Adesso facciamo così”; si tratta di insegnare al bambino modalità per pianificarsi, organizzarsi e pensare, quindi non si tratta di avere catene comportamentali solo per contenerlo, ma insegnargli strategie diverse di gestione del comportamento, di automodulazione, correggendo alcune modalità relazionali che spesso si sono consolidate fra bambino e genitori.

In linea di massima è molto utile che venga consegnato del materiale ai genitori, che rimanga una sorta di quaderno a promemoria di tutto ciò che si è detto. Molto spesso i genitori vengono coinvolti in un lavoro di “scuola per genitori”. Hanno dei compiti da fare, hanno dei moduli da compilare e questo a volte li mette un po’ in difficoltà, all’inizio. Di solito si usano uno stile e un linguaggio abbastanza semplici e si cerca di non fornire – questo è al centro dell’intervento di Parent Training – ai genitori delle soluzioni preconfezionate. Non è che loro vengono dicendo: *“Io ho il problema che mio figlio la mattina non si vuole alzare. Oppure durante il pasto mangia velocemente e poi si alza e se ne va. Come devo fare?”*.

Il clinico non dà indicazioni su come questa famiglia debba affrontare questa situazione, ma aiuta la famiglia a trovare una modalità che potrebbe essere utile. Questo permette alla famiglia di trovare risorse al suo interno, di trovare soluzioni che “assomigliano” alla famiglia; permette di rispettare lo stile educativo e la struttura familiare, dando però anche delle soluzioni pratiche.

Le finalità dell’intervento sono quelle di ridare un ruolo attivo alla famiglia, farla essere parte attiva proprio nell’approccio di presa in carico del figlio, chiarire le informazioni sul disturbo e sul trattamento, riequilibrare difficoltà e potenzialità del bambino, aiutare a generalizzare e mantenere le acquisizioni che il bambino fa nella presa in carico finalizzata a lui.

La dottoressa Mattiuzzo poi vi parlerà della riabilitazione fatta direttamente con il bambino. Di solito alcune delle tecniche che vengono usate con il bambino, in seduta separata, vengono spiegate ai genitori, in modo che questo aumenti la generalizzazione degli apprendimenti. Tra le finalità sicuramente c’è quella di favorire un canale comunicativo aperto con i servizi e con la scuola e poi anche ristrutturare alcune caratteristiche non funzionali della famiglia, nel caso in cui queste fossero presenti.

Vi faccio vedere la struttura di uno dei Parent Training pubblicati in lingua italiana. All’inizio si lavora sulla comprensione del problema, su cos’è l’ADHD, sulla descrizione della diagnosi e si lavora per un po’ anche sulla preparazione al cambiamento. È facile dire al genitore: *“Quando tuo figlio fa così, tu fai così”*. Non è altrettanto facile cambiare il modo che il genitore ha di comprendere il comportamento del figlio, togliere quell’aspetto di convinzione che in fondo il figlio lo faccia apposta per provocare, che non ci provi neanche, che lo faccia solo per dare sui nervi. Mentre passare attraverso questo, quindi prima di parlare di cosa devi fare parlare dei tuoi modi

di vedere il bambino e di avvicinarti con lui, è molto importante per il genitore e serve a essere più pronto ad accogliere delle indicazioni pratiche.

Nel training si parla dell'autoregolazione, si parla di metodi educativi: gratificazione, punizione, ma anche tecniche un po' più strutturate come possono essere, se servono, il time-out, la gratificazione per punti, modellata per step successivi, soprattutto per comportamenti multicomponentiali. Quindi si danno delle strategie di gestione, si insegna ai genitori a riconoscere uno dei problemi di questi bambini, cioè la tendenza ad agire in modo impulsivo e a organizzare molto poco la propria attività. Ed anche si insegna al genitore a giocare un pochino d'anticipo, a organizzare, a farlo prima che il bambino si comporti in maniera inadeguata. Si insegna anche al genitore a riconoscere delle situazioni inadeguate per il bambino. Per esempio portare il bambino al matrimonio del cugino, che durerà 10 ore, in un ambiente adulto, dove non c'è uno sfogo motorio, dove per la maggior parte del tempo il bambino dovrebbe stare seduto, potenzialmente senza disturbare, è fallimentare in partenza, ed è scarsamente significativo che il genitore continui a portare il bambino in una situazione così, per poi scappare dopo 3 ore dicendo: *"Ecco, vedi che non ci si può mai fidare? Hai già otto anni e guarda come ti comporti"*. È molto più funzionale – e su questo si lavora con il genitore – pensare che quella è una situazione poco adeguata per suo figlio e non suo figlio poco adeguato per la situazione. Quindi bisogna che quella situazione venga rimodellata, per esempio *"Andiamo alla cerimonia ma non andiamo al pranzo, andiamo al pranzo ma ci portiamo i colori"*. Va bene anche il Gameboy, il libricino, anche il verificare che ci sia un parco giochi, o comunque una serie di possibilità fornite dall'ambiente che creino un'alternativa al bambino. A fronte del: *"Ti ho portato il Gameboy"*, magari contrattare: *"Cerchi di stare tranquillo per gran parte della cerimonia – sapete che giocare in chiesa è un po' un problema – e poi vedrai che nel pomeriggio ti proporrò delle cose che ti potranno piacere"*.

Sembra poco, ma molto spesso i genitori vivono invece nella convinzione che i figli siano nespole e che forse questa volta, magicamente, andrà meglio, il bambino si mostrerà più maturo; però molto spesso questo li espone a molte delusioni e a una certa porzione di aggressività rispetto al bambino.

Si insegna anche al genitore ad affrontare le discussioni, a insegnare al bambino ad esempio a non affrontare in modo aggressivo i contrasti, a non modellarlo in senso aggressivo e a far vedere al bambino come è più utile affrontare le situazioni...

Poi si cerca di fare un bilancio del lavoro svolto, quindi c'è una sessione finale in cui si cerca di vedere cosa si è modificato. Questo stesso tipo di lavoro è possibile farlo con un'unica coppia genitoriale oppure si può fare all'interno del gruppo.

La pubblicazione di questo lavoro ha circa una decina di anni e quando noi abbiamo iniziato a fare i gruppi di Parent Training era una cosa un po' particolare, per il

genitore italiano, essere in gruppo a parlare dei propri problemi, era un po' pesante. Devo dire che ora le cose sono un po' cambiate, direi per fortuna, ci sono genitori che desiderano condividere e si sentono molto più consolati dall'idea che non è un'unica famiglia nell'universo a non essere stata in grado di fare un bambino funzionante, ma che di questi bambini ne esistono molti e sono molte le famiglie in difficoltà.

Il gruppo secondo me è molto positivo, proprio per questi aspetti di maternage, di scambio di informazioni, anche per il fatto che genitori che per loro natura riescono meno a essere attivi nel gruppo, riescono ad approfittare di ciò che altri genitori dicono o hanno provato e di ciò che viene detto all'interno del gruppo.

È possibile però farlo anche in forma individuale o pensare a un counselling che è un pochino meno strutturato del Parent Training in termini di cadenza temporale e argomenti, nel momento in cui la famiglia ha delle esigenze particolari o è più in difficoltà a confrontarsi col gruppo, oppure il singolo caso del bambino ha caratteristiche particolari, per esempio anche in base alla comorbidità.

Ci sono anche delle cose che è molto importante dire ai genitori, rispetto a quello che il Parent Training non è. È molto importante che loro comprendano bene quale tipo di intervento viene proposto. Sicuramente non curerà il disturbo dell'attenzione di loro figlio; è infatti un modo per migliorare l'adattamento del bambino alle richieste ambientali, non è una cura per il disturbo dell'attenzione; non è un corso per i genitori, è un percorso con i genitori. Vi assicuro che ci sono alcuni genitori che quando capiscono questo non riescono a continuare a frequentare il Parent Training, ci sono genitori che hanno l'aspettativa di avere soluzioni pronto uso e non di doversi in qualche maniera mettere in gioco.

Non è un ciclo di lezioni frontali a cui devono assistere, come non è la possibilità di consultare esperti che dicono loro: "Sì, *fai così o così e sarai a posto*". Però non è neanche un luogo nel quale si sancisce l'esistenza di una patologia della famiglia: non è che se vai lì è perché sei un cattivo genitore. È molto importante che i genitori capiscano anche questo, perché permette loro di vederlo come una chance e non come uno stigma del loro malfunzionamento.

Non è neanche un gruppo per i problemi di coppia. Una delle cose che finora forse non si è detta è che molto spesso un bambino con deficit dell'attenzione, all'interno della coppia, si inserisce come un cuneo: più problematica è la situazione generale, più i rimandi da parte dell'ambiente scolastico sono pesanti, più emergono l'incoerenza educativa fra i genitori e, a volte, la difficoltà ad essere sintonizzati rispetto alla lettura del comportamento del bambino.

Dobbiamo ricordarci che sono bambini che spesso cambiano scuola, possono cambiarne anche due o tre all'interno della loro carriera, sono bambini che spesso alle medie (soprattutto tra i bambini che hanno anche un disturbo positivo provocatorio o

un disturbo specifico dell'apprendimento non venga riconosciuto), vengono bocciati o vengono sospesi anche dalle attività extrascolastiche. Vengono allontanati dal calcio perché l'allenatore dice di non volerli più, ma vengono anche sospesi ad esempio dal catechismo. Sono quindi bambini faticosissimi e molto spesso, se la coppia non ha una propria coesione, si inseriscono come un cuneo nelle difficoltà di coppia.

Molto spesso all'interno del processo di Parent Training questa cosa si fa via via più evidente e i contrasti anche educativi di gestione genitoriale diventano molto forti. Può capitare allora che all'interno del gruppo del Parent Training i genitori si accusino vicendevolmente di sabotaggio educativo. Naturalmente, i problemi che riguardano la coppia devono essere riconosciuti, ma all'interno del percorso del Parent Training in qualche maniera devono essere limitati, conchiusi, e se mai rimandati a un intervento parallelo che abbia come obiettivo la coppia e la sua solidità.

Sicuramente si tratta di un trattamento efficace. Sono stati fatti molti studi: io ho trovato due review importanti della letteratura, abbastanza recenti, una del 2004 e una del 2006, una su 28 e l'altra su 11 lavori, in merito ad un numero di genitori molto elevato di bambini iperattivi. Vedete che la seconda review, quella di Reno, ha analizzato i risultati dell'efficacia del Parent Training su genitori di 2.190 bambini, quindi un grosso campione.

Quello che si è visto è che sicuramente il Parent Training è una tecnica efficace di presa in carico della famiglia del bambino con deficit di attenzione, soprattutto per quanto riguarda la percezione dello stress genitoriale, la collaboratività con i servizi, l'efficacia della gestione genitoriale, la qualità della relazione che il genitore e il bambino possono mettere in campo.

Quello che si è trovato però è che ci sono molti modulatori, cioè che l'efficacia del Parent Training è in relazione con una serie di parametri; che sia individuale o di gruppo, che sia in piccoli gruppi, che usi le cose scritte oppure il role playing, che sia multimediale. Oppure ancora per esempio che sia nei presidi territoriali, si è trovato che più l'offerta del Parent Training avviene all'interno dei presidi territoriali, quindi in maniera coordinata con l'intervento sul bambino, e il consueing alla scuola, maggiore è l'efficacia generale.

Ci sono invece fattori legati ai genitori: sicuramente le condizioni socio-economiche, ciò che vi diceva Masi è sicuramente confermato: una famiglia con condizioni sociali, culturali ed economiche più basse, ha degli effetti del Parent Training meno vistosi, anche se ci possono essere altri modulatori. Per esempio con questo tipo di famiglie è consigliabile, una volta concluso il Parent Training, stabilire a priori degli incontri – chiamati *booster session* – in cui ci si rivede e ci si rimette in carreggiata, valutando quali misure educative hanno funzionato e quali no. Anche il fatto di non sospendere il Parent Training in base a una serie di sessioni predeterminate, ma

quando il genitore arriva a un certo tipo di efficacia, quindi una volta che ha raggiunto un'*expertise*; questo per esempio migliora molto l'efficacia del Parent Training con i genitori che hanno condizioni socio-economiche molto basse.

Naturalmente se ci sono problemi di coppia o genitori single l'efficacia è minore. La depressione, soprattutto materna, dà minore buon esito del Parent Training, ma è ancora più necessaria una presa in carico quando c'è un tipo di struttura come questa all'interno della famiglia. Un altro punto importante su cui mi vorrei fermare è il coinvolgimento del papà.

Gli studi dicono che spesso i papà sono periferici, lo sono sia nella gestione educativa ma anche nel coinvolgimento di un percorso educativo pensato per i genitori. C'è a questo proposito un trattamento che io stavo cercando di "rubare" e importare in Italia, ma al primo tentativo non ce l'ho fatta; in realtà non è pubblicato neanche in America, si basa sul gioco del calcio ed è stato pensato solo ed esclusivamente per i papà dei bambini con ADHD: sono otto incontri settimanali, durano 2 ore, nella prima ora tutti i papà sono in gruppo e lavorano su tecniche di gestione comportamentale, in maniera molto simile a quella che vi ho già detto per un Parent Training tipico, mentre i bambini fanno scuola di calcio, cioè si cerca di migliorare la loro competenza atletica. Molto spesso i genitori, soprattutto i papà, riescono a comunicare con i bambini rispetto alla loro competenza sportiva, e molto spesso questi bambini non soddisfano le aspettative dei papà, sono un po' degli scarponi, specialmente a giocare a calcio. Durante la prima ora si lavora con degli allenatori professionisti perché i bambini migliorino nella propria competenza calcistica. Poi c'è una seconda ora, subito dopo, in cui i papà e i bambini giocano insieme a calcio e i papà fanno da allenatori dei propri figli, sperimentando certe tecniche del dare comandi efficaci, limitare l'impulso e gratificare l'apprendimento che il bambino fa. Non solo, contemporaneamente i clinici dicono ai papà se stanno facendo bene, se stanno facendo male, cosa dovrebbero provare a cambiare. Sembra che questo migliori, da parte dei papà, la loro voglia di fare questo percorso. Aumenta la motivazione e diminuisce lo stigma sociale percepito, perché in qualche maniera vanno ad allenare i figli a calcio, non fanno un corso per genitori.

Rispetto all'efficacia del Parent Training vi sono anche dei fattori legati al bambino quali ad esempio l'età cronologica che indirizza verso tecniche educative diverse (quali ad esempio un maggiore uso della contrattazione con l'adolescente), la presenza di diversi tipi di disturbi in comorbidità ed in particolare di comportamenti esternalizzanti che possono smorzare l'effetto del training.

Anche alcune caratteristiche del setting di trattamento sono rilevanti più ambienti di vita sono coinvolti, maggiore è l'efficacia, così come la proposta di un training mirato sul potenziamento delle abilità sociali del bambino aumenta l'efficacia del Parent Training.

Bernardo Dalla Bernardina

Avete visto che è semplicissimo, basta trasferire un permanente stato di allerta nei confronti del figlio in una più prolungata attenzione nei confronti del figlio. Non è una cosa difficilissima. Quello che merita di essere tenuto presente è da dove siamo partiti questa mattina, la complessità è tale per cui interventi di questo genere ovviamente si giustificano, hanno ragione di essere, una volta che si è garantito che il disturbo è quello e non solo che c'è quel sintomo in quel bambino. Avete visto durante tutta la mattina, ivi comprese le valutazioni che ci ha presentato la professoressa Bisacchi, che per dare significato all'errore, in termini di attribuirlo a un'alterazione dei sistemi di attenzione, di attenzione selettiva eccetera, bisogna comunque essere garantiti che la motivazione dell'errore non sta da un'altra parte. La capacità di selezione di un distrattore non è semplicemente il fatto che uno è un fanatico, uno che non si accorge di cosa succede intorno, e che è in grado rapidamente di dare un significato a quello che c'è a latere, se merita di essere tenuto in considerazione o meno. Lo deve comprendere. Altrimenti, se ogni volta deve fare un'operazione per capire che significato ha quello che sente, quello che vede passare nella stanza, non è che si distrae, sta attento a quello che succede in una maniera diversificata.

Detto questo passiamo alla dottoressa Mattiuzzo che si imbarca a fare una cosa ancora più *semplice*, che è l'intervento psico-educativo sul bambino ADHD.

Il trattamento autoregolativo di gruppo delle problematiche attentive e comportamentali di bambini affetti da disturbo di attenzione/iperattività

Tania Mattiuzzo, Claudio Vio

Questo contributo trae la sua origine dalla necessità di dare risposte concrete di trattamento alle numerose richieste di consulenza a favore di bambini segnalati per irrequietezza motoria, eccessiva vivacità, instabilità attentiva.

La diagnosi clinica di “Disturbo da Deficit dell’Attenzione/Iperattività” (DDAI), anche se indicazioni in questo senso sono presenti in letteratura da oltre un secolo (cfr. Still, 1902), è stata via via definita nelle diverse edizioni del “Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” (dalla seconda edizione del 1968 all’ultima del 1996), dove ormai sono segnalati i 18 sintomi che possono descrivere le problematiche comportamentali/attentive del bambino.

Ciononostante, in Italia si assiste ancora ad una certa prudenza nel formulare questa diagnosi: atteggiamento questo in parte riconducibile al fatto che si tratta di un Disturbo che modifica le manifestazioni sintomatiche nel tempo, a seconda dell’età del soggetto, in parte perché è documentata una risoluzione spontanea del problema (nell’ordine del 20 % per alcuni autori, Taylor e al, 1996; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, 1998), in parte, ancora, per la presenza di elevata comorbidità tra DDAI ed altre patologie (es. la frequente presenza di tratti depressivi, di comportamenti oppositivo-provocatori, ecc.).

Dal punto di vista invece dello studio delle caratteristiche neuropsicologiche, cognitive, dei bambini con questo Disturbo i contributi sono numerosi e particolarmente utili nella definizione di percorsi abilitativi (cfr. Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio, Meuter, Ruminati, 2002; Benso e Guerra 2001).

Gli studi più recenti hanno individuato specifiche aree cerebrali in grado di modulare i singoli aspetti dell’attenzione ed in particolare specifiche aree della corteccia prefrontale che sarebbero responsabili della scelta tra i diversi possibili comportamenti o risposte che il soggetto da rispetto agli stimoli provenienti dall’esterno, in un sistema di coordinazione ed inibizione di comportamenti (Posner et Peterson 1990; Shallice e Burgess, 1991). La capacità di inibire alcune risposte a stimoli, ad esempio, provenienti dall’ambiente esterno viene chiamata autocontrollo ed è questa fondamentale per l’esecuzione di qualsiasi compito. Infatti, per raggiungere un obiettivo nello studio o nel gioco, occorre essere in grado di ricordarne lo scopo, di prevedere ciò che serve per raggiungere quell’obiettivo, di controllare le emozioni che si prova-

no in quella situazione, e di mantenere una adeguata motivazione al raggiungimento dello scopo prefissato.

Durante la crescita, i bambini acquisiscono gradualmente la capacità ad impegnarsi in attività mentali senza distrarsi, a ricordare gli obiettivi delle proprie azioni ed a compiere i passi necessari per raggiungerli (Barkley 1997; 1998).

Quando i bambini sono molto piccoli, ad esempio di età inferiore ai 5/6 anni, le funzioni esecutive vengono delegate all'ambiente esterno per poi via via essere interiorizzate, quando con lo sviluppo di migliori competenze linguistiche, matura la capacità di utilizzare una sorta di "dialogo interno" che guida l'esecuzione di un compito

Successivamente, il bambino diventerebbe più abile a regolare i propri processi attentivi, le proprie motivazioni, a controllare le proprie reazioni, imparerebbero cioè a tenere sotto controllo il proprio agire, a pianificare il proprio comportamento allo scopo di raggiungere un obiettivo. (Cornoldi et al. 1996)

Una posizione ancora diversa è rappresentata da alcuni studiosi che individuerrebbero come fattore patogenetico fondamentale nel DDAI un deficit nelle capacità di inibizione delle risposte impulsive (*response inhibition*), comportamento questo mediato dalla corteccia prefrontale (Schachar & Logan 1990; Barkley 1997).

Più recentemente, invece, il modello cognitivo-energetico descritto da Sanders nel 1983 ed elaborato poi da Sergeant & Van der Meere (1990; 1994), sembra interpretare queste diverse spiegazioni delle problematiche del soggetto con DDAI.

Secondo tale modello, l'efficacia complessiva dei processi di elaborazione è determinata sia da *fattori di stato* (in riferimento ad alcune condizioni fisiologiche), sia da *fattori elaborativi* o *computazionali*; entrambi questi fattori sono poi gestiti da funzioni di controllo, che si configurano come meccanismi paragonabili alle funzioni esecutive e controllate, sempre, dalla corteccia pre-frontale.

I fattori di stato includono tre "fonti" energetiche: la prima è lo sforzo, l'impegno inteso come l'energia necessaria per far fronte alle richieste di un compito, il cosiddetto carico cognitivo. In particolare, lo sforzo viene richiesto quando lo stato dell'organismo, in quel momento, non è in grado di fare fronte alle richieste del compito.

Sanders (1983) attribuisce allo sforzo la funzione inibitoria ed eccitatoria delle altre due fonti energetiche: l'attivazione e l'arousal.

L'arousal è la risposta fasica (intensa e rapida) che il soggetto manifesta in corrispondenza dell'elaborazione delle informazioni. Le variabili, secondo Sanders (1983), che influenzano l'arousal sono l'intensità e la novità delle stimolazioni. I correlati neuronali dell'arousal sono il mesencefalo, la formazione reticolare e l'amigdala.

L'attivazione è la risposta fisiologica tonica (debole e prolungata) dell'organismo alle stimolazioni a cui è sottoposto. I correlati neuronali sono da ricercare nei gangli della base e nel corpo striato.

Sergeant e Van Der Meere (1998) ritengono che l'attivazione sia influenzata dallo stato d'allerta, dalla condizione di preparazione al compito (variabile a seconda del tempo che intercorre tra il segnale di avvertimento e il lavoro da svolgere), dall'ora della giornata (le prestazioni sono migliori dopo colazione che verso sera), dal tempo complessivo di orientamento al compito (verso la fine della prova, la prestazione peggiora). L'attivazione è associata alla preparazione fisiologica a rispondere.

Il modello energetico-cognitivo include dunque anche l'autogestione e vari meccanismi di valutazione dell'azione da svolgere in relazione al compito, i quali sono associati con la pianificazione, il monitoraggio, la rilevazione degli errori e la loro correzione.

Nei bambini con DDAI, risulterebbero, dunque, compromesse in modo variabile le capacità di previsione, di attesa di un evento, di flessibilità cognitiva in caso di errore, di orientamento dell'attenzione, di controllo della propria azione.

A nostro avviso, gli ingredienti di un trattamento abilitativi dovrebbe tenere in considerazione i risultati delle ricerche sopra brevemente richiamate.

IL TRATTAMENTO

All'estero, il trattamento d'elezione di soggetti DDAI è quello farmacologico, in particolare attraverso l'uso di psicostimolanti (MTA Group, 2004). In Italia, al contrario, esiste una forte opposizione all'utilizzo di farmaci in bambini con questo problema, ciononostante, le prime ricerche sull'efficacia di interventi terapeutici/riabilitativi, cioè non farmacologici, sono recenti. Questo può essere dovuto a molte cause. Tra queste, ricordiamo, come già fatto presente in altri capitoli di questo volume, la difficoltà dei clinici (in questo caso psicologi e neuropsichiatri infantili) nel documentare le modalità di intervento predisposto e verificarne la loro efficacia; inoltre, per questa patologia, vi è un ulteriore problema riconducibile all'eterogeneità della popolazione di bambini iperattivi/disattenti, soprattutto a causa dell'elevata comorbidità con altri Disturbi, che rende difficile pensare ad uno specifico trattamento valido per tutti.

Rapport, Chung, Shore, Isaacs, (2001), nella loro rassegna, hanno ampiamente documentato che un intervento efficace a favore del bambino DDAI debba prevedere anche il coinvolgimento degli adulti con i quali il bambino trascorre gran parte del suo tempo; a questo riguardo sono numerose le sperimentazioni che hanno verificato la validità e l'efficacia di trattamenti generalmente indicati di tipo multimodale e/o psicoeducativo (cfr. ad esempio il contributo dell'MTA Group, 1999, 2004): si tratta di interventi che prevedono oltre al coinvolgimento diretto del bambino in setting terapeutici definiti, anche un aiuto alla famiglia e alla scuola secondo precise modalità.

Nel nostro paese, la prima pubblicazione che cerca di affrontare il tema dell'intervento in bambini DDAI in modo sistematico e con verifiche dell'efficacia è di Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996). Si tratta di un manuale che delinea un percorso di 15 unità di lavoro organizzate secondo un approccio cognitivo - comportamentale, ma anche con attenzioni di tipo metacognitivo (ed è questa la novità rispetto ad altri training di lingua inglese, come ad es. Barkeley, 1981). Questo trattamento è stato, nel nostro centro (cfr. Vio, Offredi e Marzocchi, 1999; Vio, 2004), sottoposto a verifica ed i risultati confermano l'utilità dell'approccio, con un unico elemento negativo: la raccolta di informazioni relative al cambiamento del comportamento del bambino nel proprio ambiente, casa e scuola, non evidenzia alcun cambiamento significativo. Ciò a dire che il training aiuta il bambino ad essere meno impulsivo, più strategico ai test di controllo, all'interno della seduta di terapia o dell'ambulatorio, ma non si verifica una generalizzazione di queste competenze nel proprio ambiente di vita. Questo dato, raccolto attraverso il questionario SDAI (in Cornoldi e al. 1996; Cornoldi e al., 2001), è stato verificato anche a distanza di un anno (Offredi, 2000, ha verificato che i soggetti del gruppo sperimentale non presentano nessuna variazione significativa nella rilevazione dei comportamenti problematici in ordine all'irrequietezza motoria e alla disattenzione a scuola, attraverso il questionario denominato SDAI di Cornoldi e al, 1996).

Da queste ricerche è nata allora la necessità di lavorare su più fronti per riuscire a "generalizzare" i risultati del training autoregolativo di Cornoldi e al. (1996): abbiamo allora predisposto il "Parent Training" (Vio, Marzocchi e Offredi, 1999) e successivamente delle proposte operative da utilizzare in ambito scolastico (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001), con risultati incoraggianti (Asuni, De Meo, Vio, 2003).

Il presente contributo ha lo scopo di verificare l'efficacia di un nuovo "trattamento autoregolativo", che ripropone alcune metodiche contenute nel lavoro di Cornoldi e al. (1996), e introduce anche nuove proposte abilitative sulle base di recenti ricerche condotte con soggetti DDAI.

Una delle preoccupazioni che abbiamo tenuto presente nella scelta degli esercizi abilitativi è la valenza ecologica della proposta, il più possibile cioè vicina all'esperienza del bambino e alle richieste che gli possono provenire dall'ambiente.

Altre forme di intervento fondate sul piano teorico (Benso, Guerra, 2001), che tengono in considerazione abilità connesse alle "funzioni esecutive" sembrano in questo confortanti. Infatti, il lavoro sopraccitato riporta il caso di un bambino con DDAI che, sottoposto a trattamenti cognitivi, evidenzia a distanza di un anno dei miglioramenti per quanto riguarda l'autonomia (valutata attraverso i questionari SDAG e SDAI, più avanti presentati) ed alcune abilità cognitive nonché miglioramenti nel comportamento osservato e misurato attraverso la somministrazione di test neuropsicologici. I rilievi, tuttavia, a questo contributo sono relativi al fatto che

i casi studiati sono pochi e che le prove neuropsicologiche utilizzano compiti molto simili alle stimolazioni proposte nel training.

A seguito di quanto già verificato in precedenti ricerche condotte su gruppi di soggetti (Vio e al. 1999; Offredi, 1999), e in considerazione della difficoltà a generalizzare ai contesti di vita procedure apprese in sede di trattamento, abbiamo cercato di individuare situazioni e compiti che potessero essere facilmente utilizzabili al di fuori del contesto riabilitativo.

Per questi motivi, viene data maggior enfasi alle componenti di pianificazione e controllo della propria azione, di spostamento (*Shift*) dell'attenzione mentre il soggetto sta eseguendo due compiti contemporaneamente, di controllo dell'impulso, di tolleranza della frustrazione.

Descrizione del trattamento

Metodologia

Il percorso abilitativo prevede un ciclo di trattamento di circa 15/18 sedute settimanali di 60 minuti ciascuna, in un gruppo composto da 4 bambini.

Ogni seduta si struttura seguendo uno schema "routinario" rispetto alle operazioni di apertura, di rapporto tra compagni e il trainer, di pianificazione del lavoro da eseguire e di conclusione delle attività; abbiamo, infatti, ritenuto che mettere il soggetto nella condizione di conoscere la sequenza delle attività possa facilitare nel bambino l'emissione del comportamento adeguato.

La seduta quindi di trattamento è scandita da momenti di lavoro precisi, che si ripetono in ogni incontro, e che di seguito presentiamo:

1. l'accoglienza: i bambini si salutano e riportano negli appositi cartelloni il materiale portato da casa (es. gettoni mantenuti durante la settimana come previsto dal contratto di lavoro);
2. il bollettino: come mi sento e come è stata la settimana;
3. costruzione di una mappa contestualizzata in riferimento all'episodio maggiormente problematico;
4. la proposta di attività di allenamento rispetto alla funzione attentiva, alla capacità di pianificazione e controllo dell'impulsività;
5. il conteggio dei gettoni rimasti alla fine della seduta;
6. l'autovalutazione, espressa dal bambino, del comportamento evidenziato durante la seduta;
7. compiti ed impegni per la settimana,

Materiali

Ad ogni bambino viene affidato un quaderno in cui raccogliere e trascrivere tutte le attività che vengono svolte nell'arco del trattamento.

Il quaderno viene consegnato all'inizio di ogni seduta e ritirato dall'operatore al termine dell'incontro. Inoltre, ogni soggetto dispone di una cartellina nella quale raccogliere i materiali relativi al contratto di lavoro stipulato con i compagni, con l'operatore e con i genitori; viene inoltre conservato il *ventaglio delle cinque fasi* (strategia modificata dalla proposta di Cornoldi et al., 1996; cfr. figura 1) e i cartoncini dove viene riportato dai genitori l'andamento del comportamento in ambiente familiare.

Figura 1



Figura 2



Ventaglio delle cinque fasi utilizzato per l'intervento: il primo esprime in termini di riflessione ciò che il bambino deve pensare prima di eseguire un comportamento, il secondo ventaglio indica in termini operativi ciò che il soggetto deve fare di fronte ad un compito preciso.

Setting abilitativo

È da lungo tempo conosciuta l'importanza del *setting* per la buona riuscita di un trattamento: sembra quindi necessario riservare parte del capitolo anche alla descrizione del luogo e delle richieste formulate al bambino e alla sua famiglia, per l'intervento di gruppo. È importante avere a disposizione una stanza sufficientemente grande, nello quale sia possibile il movimento necessario per le attività motorie e per il fisiologico bisogno dei bambini di muoversi (quella da noi utilizzata è di circa 15 mq).

Inoltre è auspicabile che nella stanza non ci siano particolari punti di distrazione o oggetti di interesse per i bambini. Occorre, altresì, predisporre degli spazi in cui si possono esporre i cartelloni delle regole e i grafici rappresentanti l'andamento dei singoli soggetti e quello del gruppo.

I bambini in trattamento devono poter posizionarsi intorno ad un tavolo, disposto al centro della stanza in modo tale che l'operatore possa agilmente osservare ed intervenire su ogni bambino; questa scelta permette che il contatto oculare tra i bambini e lo psicologo sia diretto e facilitato.

Ogni seduta, che ha cadenza settimanale per tutta la prima parte dell'intervento e quindicinale dopo la metà degli incontri programmati, richiede l'impegno formale della famiglia nel rispettare tutti gli incontri programmati.

I genitori vengono convocati nella stanza alla fine della seduta di lavoro per le comunicazioni di rito, e vengono coinvolti di settimana in settimana nel controllo degli impegni che il figlio si propone di rispettare e nella gestione delle regole, (attraverso il sistema a punti o a gettoni) inizialmente concordate e discusse.

Contenuti del trattamento e proposte operative

Le attività che vengono proposte all'interno del ciclo di trattamento sono pensate allo scopo di incentivare nel bambino quei processi che appaiono maggiormente deficitari. Tutte le proposte hanno come denominatore comune quello di dover essere svolte seguendo i criteri delle cinque fasi, già teorizzate in "Impulsività e autocontrollo" (Cornoldi e al., 1996); questo al fine di stimolare nel bambino l'acquisizione di strategie di controllo efficaci per lo svolgimento dei compiti e per l'inibizione dell'impulsività, e infine, per favorire l'interiorizzazione di uno schema d'azione.

Inoltre, gli esercizi che sono stati ideati per questo training fanno riferimento alla:

1. funzione cognitiva che si intende abilitare:
 - attenzione sostenuta

- attenzione selettiva
 - shift attentivo
 - pianificazione
 - inibizione dell'impulso
 - giudizio temporale
2. analisi e controllo del comportamento:
 - controllo dell'impulsività
 - agire secondo schemi
 - imparare a prevedere le conseguenze delle proprie e delle altrui azioni
 3. consapevolezza emotiva:
 - riconoscimento delle emozioni
 - verbalizzazione del proprio stato emotivo
 - controllo delle stesse

Ora procediamo alla descrizione di alcune delle attività che vengono proposte durante il trattamento.

Per quanto riguarda l'*attenzione sostenuta*, che dalla letteratura e dalle descrizioni riportate dai genitori e dagli insegnanti risulta essere il deficit cognitivo maggiormente evidente, si è pensato di proporre ai bambini compiti che richiedono tempi via via più prolungati per la loro esecuzione, e compiti la cui soluzione si ottiene solamente svolgendo interamente la consegna (crucipuzzle, crucintarsio e pannelli magici). Esercizi che prevedono un orientamento al compito che si prolunga nel tempo ed in cui viene richiesto di inserire delle parole in appositi schemi considerando il numero di lettere, di inserire delle risposte alle definizioni così da completare un puzzle.

Rispetto invece all'*attenzione selettiva*, considerata come la capacità di individuare e selezionare informazioni corrette e rilevanti in base alla consegna, si propongono esercizi che vanno dalla ricerca delle differenze tra vignette apparentemente simili (attenzione selettiva visiva), ricerca di particolari in comune tra due scenette diverse, ricerca di un particolare precedentemente evidenziato all'interno di un disegno complesso, riconoscimento di "ombre" appartenenti a figure diverse o esercizi che chiamiamo *pannelli magici*, già precedentemente menzionati, attraverso i quali al bambino viene richiesto di cancellare le lettere che si ripetono più volte, e di leggere le lettere restanti in quanto compongono parole dotate di significato che svelano la soluzione del compito.

In riferimento all'abilità di *pianificazione* ossia alla capacità di ideare una strategia di soluzione rispetto ad una situazione problematica, durante il trattamento sono state presentate attività rispetto alle quali ai bambini viene richiesto di effettuare dei

percorsi, es. labirinti, rispettando delle regole ed evitando gli ostacoli che possono incontrare.

Un altro esempio di attività in questo ambito, fa riferimento al gioco noto del “tettris”, vengono proposte al bambino delle figure geometriche che devono essere sistemate ad incastro nell’intento di riempire perfettamente tutta la scatola, c’è da precisare che esiste un’unica soluzione corretta.

Sono contemplati infine anche compiti in cui viene richiesto al soggetto di completare una serie di figure o di numeri secondo un ragionamento logico, attività di riordinamento di vignette in modo da costruire una storia e così via.

Inoltre, allo scopo di incentivare la capacità di spostare il focus attentivo da un compito all’altro sono state introdotte delle attività che abbiamo chiamato motorie; si tratta di percorsi che il bambino deve eseguire e che prevedono il rispetto di regole durante i quali vengono introdotte dall’adulto dei compiti casuali quali lo svolgimento di operazioni aritmetiche o il rispondere a delle domande; questi esercizi, a nostro avviso oltre a favorire lo shift attentivo stimolano nel bambino la capacità di *inibizione dell’impulso*, infatti richiedono al bambino di inibire la spinta automatica a procedere lungo il percorso per assolvere alle richieste dell’operatore.

Per quanto riguarda il giudizio temporale i bambini vengono allenati, per ogni attività, a prevedere il tempo necessario per l’esecuzione del compito, dopo aver attentamente letto la consegna, che successivamente viene confrontato con il tempo effettivamente impiegato per lo svolgimento.

Com’è noto, i bambini affetti da Disturbo da deficit di Attenzione/Iperattività mostrano notevoli difficoltà nella gestione e nel controllo del loro comportamento nei vari contesti di vita (casa, scuola, ambienti ricreativi). Le conseguenze di questo disordine investono la possibilità che bambini DDAI hanno nel costruirsi relazioni sociali significative; spesso infatti ci viene riferito di bambini esclusi dai giochi dei coetanei, isolati in classe, e il rapporto con l’adulto (genitore o insegnante) caratterizzato da continui richiami a stare “più attento” o a “non fare così...”, una relazione centrata cioè su modalità esclusivamente prescrittive. Il vissuto emotivo di cui il bambino ha esclusivamente esperienza è di inadeguatezza e di forte senso di incapacità, i quali, a loro volta, concorrono alla costruzione di un concetto di Sé negativo, svalutante, mantenuto da attribuzioni, rispetto agli insuccessi e ai, pochi, successi, errate.

Questo è il quadro, in breve, delle difficoltà emotive e comportamentali di un bambino DDAI. Per intervenire quindi sui sintomi secondari del Disturbo, abbiamo pensato di riservare parte della seduta di trattamento all’analisi, alle reazioni emotive e alle possibili modalità di controllo del proprio comportamento, che per questi bambini significa prevalentemente imparare a gestire l’impulsività e a ritardare l’emissio-

ne della risposta ad uno stimolo (generato dall'ambiente esterno o dai desideri, dalle aspettative, ecc. del bambino).

Durante ogni seduta, ogni risposta impulsiva, che non sia cioè stata preceduta dall'utilizzo del ventaglio viene ripresa con la perdita di un gettone; così come i partecipanti del gruppo devono "imparare" a rispettare il tempo nel quale intervenire in relazione anche alle analoghe richieste formulate ai compagni.

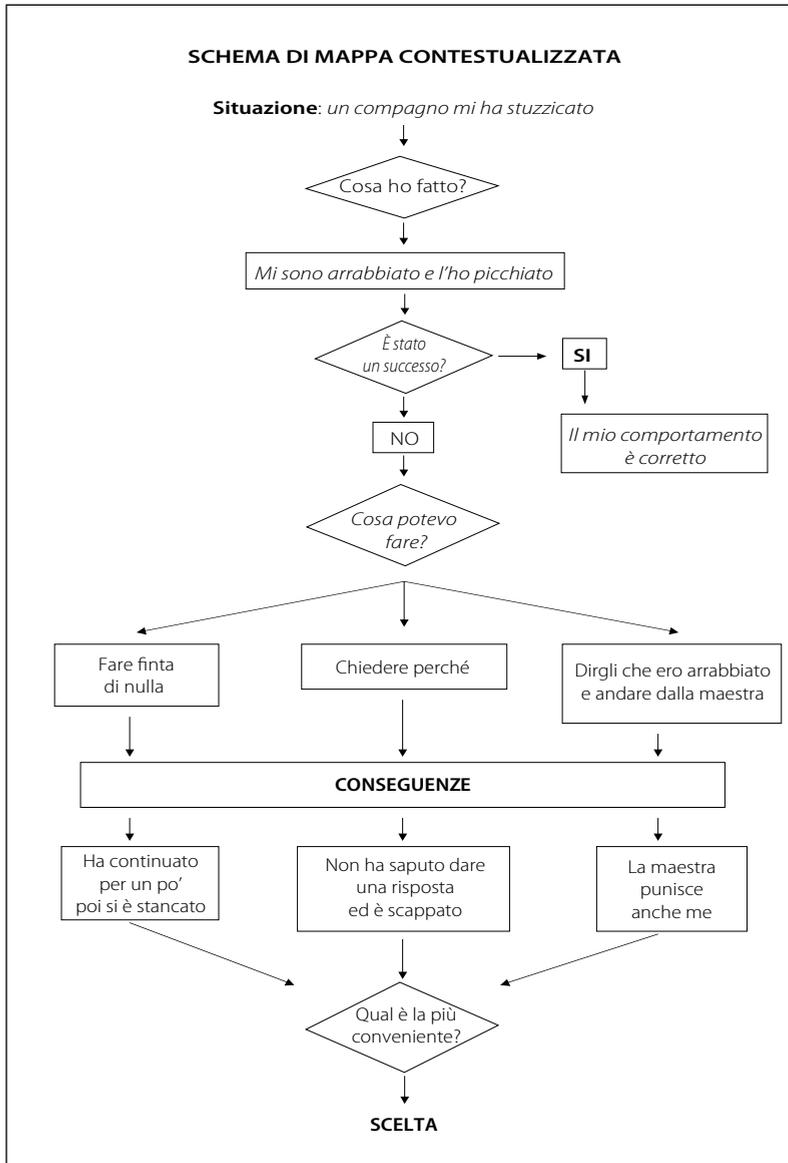
Inoltre, in ogni seduta è stato riservato uno spazio in cui i partecipanti all'intervento raccontano al gruppo un episodio "problematico" successo loro durante la settimana: in questo frangente, i singoli bambini sono condotti dagli operatori all'analisi della situazione iniziale, a prendere in esame la risposta comportamentale emessa da altre persone, a evidenziare la relazione tra i comportamenti osservati e quelli efficaci da utilizzare.

Quindi i comportamenti a cui sono seguite delle gratificazioni vengono inseriti in lista di azioni da ritenere corrette e da poter riproporre in seguito.

Ai bambini viene insegnato a compilare e a costruire delle "mappe contestualizzate" (vedi fig. 3), cioè dei diagrammi di flusso in cui inserire la situazione problema, le varie possibilità per risolverla, per ognuna la conseguenza, la scelta e le reazioni dell'ambiente al comportamento emesso; se le conseguenze finali sono positive, il comportamento scelto può essere riproposto in altre situazioni simili, nel caso contrario il bambino deve ripercorre la propria mappa, alla ricerca del comportamento adeguato.

Uno dei punti di forza del trattamento di gruppo è proprio quello che i bambini condividono ed imparano dalle esperienze dei compagni, dai successi e dagli insuccessi, immedesimandosi nei panni dei loro amici ed acquisendo la capacità di prevedere le conseguenze delle proprie azioni ed anche quelle degli altri (adulti, educatori).

Figura 3



Schema di mappa contestualizzata che guida la descrizione delle azioni problematiche e introduce possibili alternative nel comportamento del bambino.

Crediamo sia molto importante al fine di saper controllare il comportamento e prevedere le conseguenze delle nostre azioni, imparare anche a conoscere le nostre emozioni e le reazioni comportamentali ad esse legate. Per questo, i bambini, durante il percorso abilitativo vengono condotti alla conoscenza delle emozioni; il lavoro inizia con la costruzione dell'elenco delle emozioni che i membri del gruppo conoscono: è importante aiutare i bambini ad identificarle con il nome e ad associarne le reazioni fisiche, visibili. Ai bambini viene insegnato a riconoscere l'emozione espressa dagli altri in base alla lettura delle espressioni facciali, per questo vengono proposti giochi di mimo, e attività che richiedono di associare a delle facce l'emozione corrispondente.

La "conoscenza emotiva" vuole essere un primo momento che può aiutare il bambino nel controllo delle proprie reazioni comportamentali. Ciò viene realizzato attraverso la verbalizzazione di strategie utili nel controllo di emozioni negative, quali la rabbia, l'ansia eccessiva, l'irritazione, ecc.

L'intervento in questo ambito è coadiuvato dalla predisposizione del cosiddetto "bollettino", un momento che si ripete in ogni incontro, nel quale i bambini a turno dicono come si sentono, le situazioni nelle quali hanno sperimentati sensazioni di benessere e/o disagio.

Metodologia

Ipotesi della ricerca

Verificare se il trattamento sopradescritto produce cambiamenti in compiti attentivi, di controllo dell'impulso, in prove strategiche, e, soprattutto, se i genitori, nel contesto familiare osservano una riduzione dell'irrequietezza motoria ed un aumento dell'attenzione in relazione al compito che il bambino sta eseguendo.

Soggetti

La sperimentazione coinvolge 8 soggetti maschi, suddivisi in due gruppi: 4 bambini frequentano la classe seconda o terza, ed hanno un'età media di 8 anni e 9 mesi, e gli altri quattro frequentano la quinta elementare, ed hanno un'età media di 10 anni e 7 mesi.

Ad ogni bambino è stata somministrata la WISC-R, ed il livello cognitivo di ognuno si colloca all'interno del range di normalità. (Norme di riferimento Orsini)

In tabella 1 vengono riportati alcune indicazioni circa la storia clinica del bambino.

Tabella 1: Caratteristiche campione clinico della ricerca

Nome	Diagnosi	Comorbilità	Altri trattamenti soggetti	Altri trattamenti genitori
Ma.	DDAI	Esiti DSL, DAS	Logopedia	Colloqui psicologo
Da.	DDAI			
Ni.	DDAI	DOP		Colloqui psicologo
Lo.	DDAI	DAG		Parent Trainig (+)
An.	DDAI			Parent Trainig (+)
Dam.	DDAI	DOP – DAS	Logopedia	Parent Training (+)
Ti.	DDAI	DAS	Riabilitazione dislessia	Parent Training (+)
Gi. (*)	DDAI	DAS	Logopedia	Parent Training (+)

Legenda:

- DDAI (Disturbo di Attenzione/iperattività)
- DSL (Disturbo di Linguaggio)
- DOP (Disturbo Oppositivo – Provocatorio)
- DAG (Disturbo d'Ansia)
- DAS (Disturbo Specifico di Apprendimento)
- (*) In trattamento farmacologico con psicostimolanti
- (+) Il Parent Trainig è stato realizzato in gruppo con altri genitori in 10 incontri, rispettando le indicazioni di Vio, Marzocchi, Offredi (1999)

MATERIALE UTILIZZATO PER LA VALUTAZIONE DEI CAMBIAMENTI

Vengono utilizzate le seguenti prove per la valutazione dei cambiamenti:

- Test delle Campanelle (Biancardi e Stoppa, 1997): si tratta di una prova di ricerca visiva con stimoli figurativi; compito del bambino è di segnare con una matita tutte le campanelle che sono distribuite sul foglio (per); si valuta il numero di campanelle individuate nei primi trenta secondi (rapidità- CAMRA) 4 fogli e quelle individuate in due minuti (accuratezza- CAMAC).
- Versione italiana del test Matching Figure di Kagan (MF in Cornoldi e al, 1996) con relative norme di riferimento MF (Cornoldi et al. 1996): ha lo scopo di indagare quanto sia impulsivo un ragazzo in compiti di ricerca visiva con stimoli figurativi; si valutano due indici: l'impulsività, che è costituita dal tempo che trascorre dalla presentazione del modello stimolo alla scelta della risposta, una sorta di "tempo di reazione" allo stimolo o di latenza, di decisione cioè tra presentazione della figura da ricercare e individuazione del bersaglio, (MFTEMP) e l'accuratezza data dal numero di risposte necessarie per individuare il modello corretto (MFER), in questo caso si computano

i tentativi necessari alla selezione del modello corretto, se il numero è zero significa che non sono stati commessi errori, se uno significa che è stato commesso un errore, e così via per tutti i 2° item del test.

- Test “Continuos Performance” (Prova CP di Cornoldi et al. 1996), richiede al bambino di trovare il più rapidamente possibile sequenze di lettere (FZB), evitando però di segnare sequenze incomplete (es. FZT); compito del bambino è di segnare con una crocetta ogni lettera, ma solo quando sono una di seguito all'altra: si valuta il numero di bersagli correttamente individuati (CPOMIS) ed il tempo totale di esecuzione della prova (CPTEMTO).
- La “Torre di Londra”, ideata da Shallice (1982) ha lo scopo di verificare l'abilità di progettazione del bambino, e prevede l'utilizzo di una tavoletta di legno con tre bastoncini verticali di diversa lunghezza e tre palline colorate (una verde, una rossa e blu); Il soggetto deve, partendo sempre dalla stessa posizione iniziale, raggiungere le diverse configurazioni (12) che lo sperimentatore mostra su dei cartoncini utilizzando il numero di mosse che gli viene indicato; in età evolutiva viene generalmente utilizzata la procedura di Krikorian et al. (1994), le norme di riferimento utilizzate si trovano in Bisiacchi, Cendron, Gugliotta, Conciari, Tressoldi, Vio (2004).
- SDAG: questionario di valutazione dei comportamenti di disattenzione ed iperattività (Cornoldi, De Meo, Offredi, Vio, 2001), vengono calcolati due indici: quello relativo all'iperattività (iper) e quello relativo alla disattenzione (att).

I test vengono somministrati individualmente, una settimana o quindici giorni prima dell'inizio del trattamento e ripetuti alla sua conclusione, da uno psicologo non coinvolto direttamente nel trattamento.

I questionari ai genitori vengono lasciati per una settimana, con l'indicazione di leggere le domande, osservare il comportamento del figlio per alcuni giorni prima di segnare le risposte.

RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

I risultati dei test neuropsicologici per ogni soggetto sono trasformati in punti z, ad eccezione delle risposte al questionario SDAG, servendoci dati normativi sopra specificati; sui punti z vengono effettuate la analisi sui dati del campione della ricerca (N=8). In tabella 2 sono riportati i risultati delle analisi operate con il t- test per campioni appaiati.

Tabella 2: Media, deviazione standard, errore di misura e t-test, calcolati sui punti z prima (1) e dopo (2) il trattamento

	Media	N	Deviazione std.	Errore std.	t-test	gl	Sig. (2 code)
ZCAMRA1	-1,197	8	0,822	0,29			
ZCAMRA2	0,216	8	1,233	0,436	-4,45954	7	0,003
ZCAMAC1	-1,088	8	0,922	0,326			
ZCAMAC2	1,19	8	0,907	0,32	-10,437	7	0,0001
ZMFER1	0,265	8	0,701	0,247			
ZMFER2	-0,808	8	0,546	0,193	4,386	7	0,003
ZMFTEMP1	-0,108	8	1,303	0,46			
ZMFTEMP2	0,005	8	0,419	0,148	-0,317	7	ns
ZTOL1	-1,457	8	1,114	0,394			
ZTOL2	0,626	8	1,712	0,605	-3,858	7	0,006
ZCPOMIS1	0,291	8	0,811	0,286			
ZCPOMIS2	-0,353	8	0,557	0,197	4,286	7	0,003
ZCPTEMTO1	-1,167	8	0,938	0,331			
ZCPTEMTO2	-0,736	8	0,939	0,332	-2,496	7	0,04

I risultati quindi confermano la presenza di cambiamenti significativi nelle prove neuropsicologiche, con l'unica eccezione della prova MFTEMP che non evidenzia alcun cambiamento tra i due momenti di verifica. Nonostante sia plausibile un "effetto apprendimento" dovuto al fatto che le prove vengono proposte agli stessi soggetti ad alcuni mesi di distanza, per alcune di queste il cambiamento è così marcato da poterlo mettere in relazione al tipo di intervento ricevuto dal bambino.

Il dato, inoltre, di rilievo è proposto dal questionario SDAG e dovrebbe fornire delle informazioni circa il comportamento del bambino a casa. In tabella 3, vengono riportati le analisi effettuate attraverso il t-test. Anche in questo caso i cambiamenti rilevati segnalano una significativa riduzione delle problematiche. In questo caso, tuttavia, è difficile stabilire quanto le risposte al questionario siano dovute a una sorta di "compliance" dei genitori per l'aiuto fornito al figlio verso gli obiettivi del trattamento, e quindi più tolleranti nei confronti dei loro comportamenti problematici, e quanto, invece, a cambiamenti reali osservati nell'ambiente familiare.

Per questo, abbiamo voluto analizzare, nella sezione "analisi delle caratteristiche dei soggetti emerse dalla prove", i dati di ogni bambino e verificare quanti di questi ottengono dei punteggi inferiori al cut-off critico (< 14 punti per area).

Tabella 3: Media, deviazione standard, errori standard di misura, e t-test per campioni appaiati, delle variabili attenzione (ATT) ed iperattività (IPER) raccolte attraverso il questionario SDAG prima (1) e dopo (2) il trattamento

	Media	N	Deviazione std.	Errore std.	t-test	gl	Sig. (2 code)
SDAG ATT 1	20,625	8	1,597	0,564			
SDAG ATT 2	16,5	8	3,338	1,18	4,093	7	0,004
SDAG IPER 1	18,25	8	5,444	1,924			
SDAG IPER 2	14,875	8	4,823	1,705	4,783	7	0,002

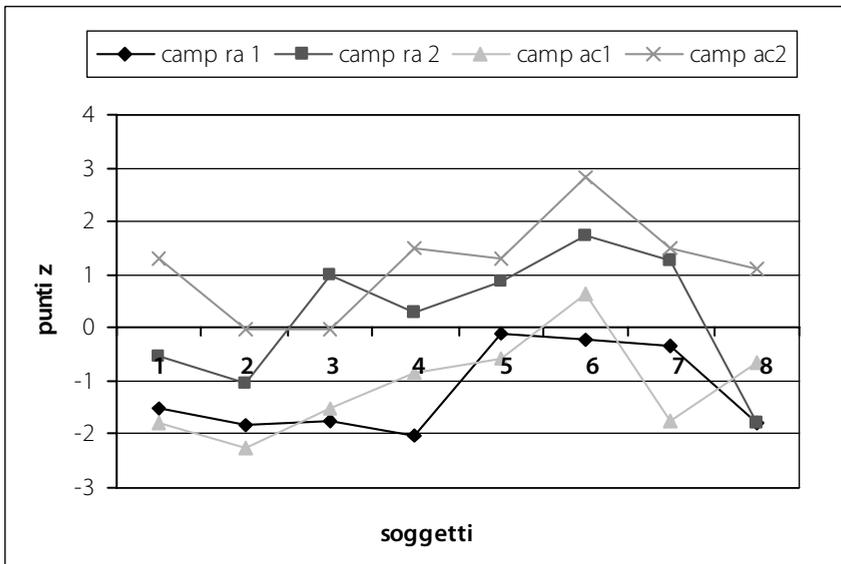
Le analisi dunque sul campione complessivo sono incoraggianti. Tuttavia, se prestiamo attenzione ai punti z medi possiamo osservare come i valori calcolati sugli 8 soggetti del campione non si collocano al di sotto (o al di sopra) di 1,5 deviazioni dalla media, quindi non sempre le prove evidenziano delle specifiche difficoltà dei soggetti. Questo dato già emerso in precedenti ricerche (Bisiacchi e Fabbro, 2002), ripropone il problema di quali prove neuropsicologiche sono sensibili a rilevare problematiche attentive e di irrequietezza motoria anche in relazione all'età del soggetto. Analogamente, i risultati allo SDAG, nel profilo attenzione, in particolare, evidenziano ancora dei valori medi calcolati sui dati di tutti i soggetti superiori al cut-off (16,5) indicato come presenza di un Disturbo.

Per questi motivi, abbiamo voluto analizzare i risultati alle prove di ciascun soggetto e discuterne i profili alla luce delle loro caratteristiche cliniche.

ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI EMERSE ALLE PROVE DELLA RICERCA

Il grafico 1, riporta i punteggi, espressi in punti z, ottenuti da ciascun soggetto al test delle Campanelle, prima e dopo il trattamento.

Grafico 1: Risultati dei soggetti della ricerca al test delle campanelle somministrato prima e dopo il trattamento

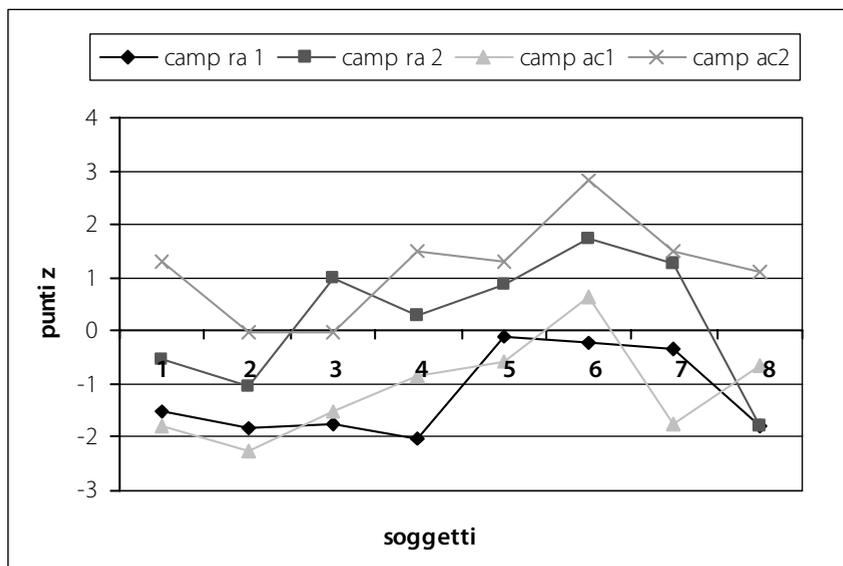


Come si può osservare, il test identifica due distinti profili dei soggetti: i bambini infatti di classe seconda (soggetti 1, 2, 3 e 4), ottengono delle prestazioni attorno ai meno due punti z in rapidità ed in accuratezza; inoltre, per quanto riguarda l'accuratezza, solo il soggetto 4 (con diagnosi di DDAI in comorbidità con DAG) ottiene una prestazione nei limiti di norma per età. I soggetti di quinta elementare, con l'unica eccezione del bambino n. 8 (Gi.), ottengono delle prestazioni nei limiti di norma prima dell'intervento, prestazioni che migliorano dopo il trattamento anche di una/due deviazione rispetto ai valori normativi. Ciò sembra indicare un cambiamento nell'espressività del Disturbo in esame in relazione all'età. Poiché questo dato è emerso anche in Bisiacchi e Fabbro (2002), andrebbe ulteriormente indagato con campione più ampio di soggetti.

In ogni caso, l'ampia modificabilità delle prestazioni sia relative all'accuratezza (mantenere cioè per otto minuti l'attenzione orientata alla ricerca visiva di una stimolo), sia in ordine alla rapidità (la capacità cioè del soggetto in 30 secondi di individuare uno stimolo visivo all'interno di altre figure), per quasi tutti i soggetti, ripropone l'idea presente in letteratura che le problematiche attentive di soggetti DDAI non risiedono in realtà su un deficit nella competenza, ma piuttosto su un "cattivo" uso di una abilità che comunque possiedono.

Il grafico 2, analizza le prestazioni dei soggetti al test MF, sia nelle componenti “tempo di reazione” sia “numero di errori” commessi.

Grafico 2: Risultati dei soggetti della ricerca al test MF di Cornoldi et al. (1996) somministrato prima e dopo il trattamento



Per quanto riguarda il rilevamento del numero di errori (zmfer), risultati positivi indicano la presenza di un numero di errate valutazioni delle figure superiore alla media, i punti z negativi indicano, al contrario, la presenza di un dato inferiore rispetto ai valori medi, quindi si attribuisce in questo caso un valore di normalità alla prestazione.

Pertanto, è possibile notare come in questa prova solo un soggetto (il numero 3 Da.), commetta un numero di errori significativamente elevato, per i restanti la variabile non individua specifiche difficoltà; il rilevamento del tempo invece tende ad evidenziare la presenza di una certa impulsività (punti z $-1,5$) nei bambini più piccoli, ad eccezione del soggetto 4 (Gi.) che appare in grado di svolgere la prova con tempi nella media), mentre i soggetti di classe quinta non evidenzerebbero all'MF impulsività, sembrerebbero al contrario in grado di eseguire una ricerca visiva senza cedere facilmente alla somiglianza delle figure target. Questo rilievo, ovviamente, non emerge dall'analisi complessiva della prestazione con tutti i soggetti del nostro campione (cfr. Tabella 2).

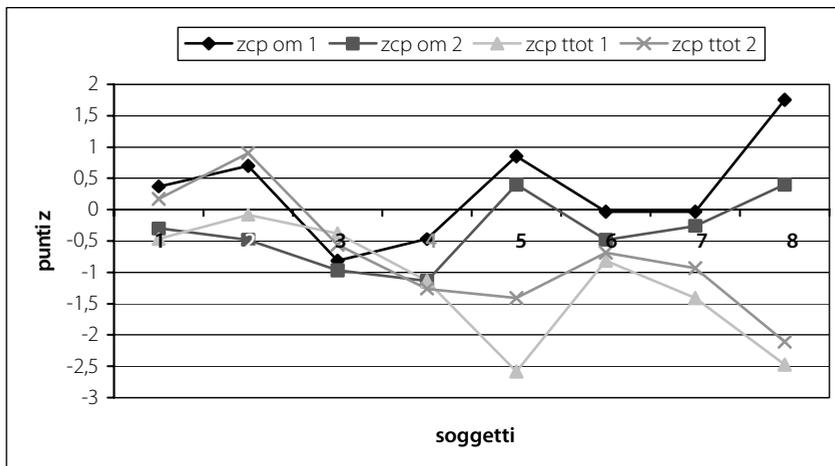
Come per le campanelle, questo test sembra più indicato nella valutazione delle difficoltà di controllo dell'impulso in bambini di seconda elementare, rispetto ai soggetti di quinta classe della scuola primaria.

Il Grafico 3, riporta i dati della prova CP. È questa forse la prova più debole dei test da noi scelti per la valutazione del cambiamento.

Infatti, la prova di "Continuos performance" sembra essere adatta a identificare prestazioni deficitarie solo per due soggetti della ricerca: il numero 6 (Dam., con diagnosi di DDAI e DOP) e il numero 8 (Gi., con diagnosi di DDAI e DAS). Per Dam. la prestazione caratterizzata da un tempo di esecuzione veloce ed un numero di errori relativamente elevato, errori che diminuiscono al secondo rilevamento (anche se la prova viene eseguita sempre velocemente): questo comportamento, a nostro avviso, può essere interpretato come somma di due difficoltà quella attentiva e quella comportamentale di tipo oppositivo, il soggetto infatti evidenzia in sede di verifica un atteggiamento di estrema sicurezza, di superiorità rispetto al compito che gli viene richiesto di eseguire.

Per Gi., invece, la prestazione pressoché invariata prima e dopo il trattamento sembra essere strettamente connessa al tipo di stimolo da analizzare (tripletta di lettere), il bambino infatti presenta un importante Disturbo di Apprendimento, di gravità superiore a quello presente in Ti. (vedi la descrizione delle caratteristiche cliniche dei soggetti), quest'ultimo, infatti, affronta adeguatamente questa prova nonostante la comorbilità con DAS.

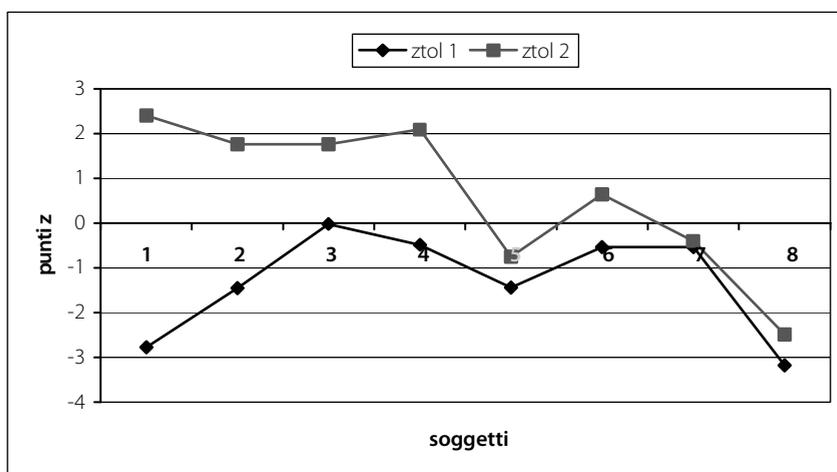
Grafico 3: Risultati dei soggetti della ricerca al test CP di Cornoldi et al. (1996) somministrato prima e dopo il trattamento



La prova “Torre di Londra”, si differenzia dagli altri test, in quanto al soggetto viene richiesta una capacità di pianificazione e di monitoraggio della propria azione. Il test introdotto per la verifica delle “funzioni esecutive” si assume abbia particolare rilevanza nella regolazione del comportamento per scopi di adattamento alle richieste dell’ambiente.

I risultati quindi a questo test diventano di rilievo per gli scopi della nostra ricerca: verificare cioè il grado di flessibilità dei nostri soggetti nel modificare l’errore ed utilizzare sequenze di azioni corrette per risolvere il quesito proposto attraverso il test.

Grafico 4: Risultati dei soggetti della ricerca al test “Torre di Londra” somministrato prima e dopo il trattamento



L’andamento generale della prova evidenzia un “effetto apprendimento” (eccetto per il soggetto 7), dovuto al fatto che la stessa prova è stata ripetuta a distanza di alcuni mesi (circa 6). Per alcuni bambini tuttavia, il cambiamento tra le due misurazioni sembra apprezzabile, infatti sia Mauro (soggetto 1) che Da. (soggetto 2) ottengono dei miglioramenti molto ampi; anche il cambiamento del soggetto n 4 (Lo.) è analogamente ampio, anche se la prima valutazione rientrava nei limiti di norma.

Come spiegare questi progressi: innanzitutto si può ipotizzare che i soggetti 1 e 2 hanno acquisito delle procedure di pianificazione, di controllo dell’errore più efficaci in compiti di problem solving (abilità espressamente affrontate nel training abilitativo); è interessante osservare come questo cambiamento emerge anche dai dati osservativi raccolti con il questionario SDAG (vedi sezione successiva).

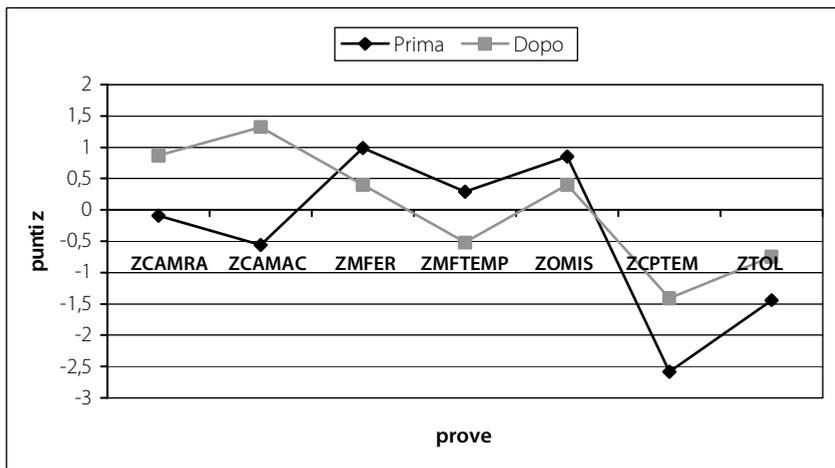
Per il soggetto 4 (con diagnosi in comorbidità con disturbo d’ansia), invece, prendere confidenza con la procedura di risoluzione degli item ha consentito al bambino

di guadagnare maggiore fiducia e di controllare maggiormente la preoccupazione della prestazione così da fornire un dato particolarmente positivo.

Nei soggetti di quinta elementare, al contrario, non si osservano cambiamenti particolarmente significativi tra le due valutazioni, per Gi., in particolare, la prova resta compromessa. Ciò, a nostro avviso, viene messo in relazione alle limitate risorse cognitive del soggetto. Un'osservazione inoltre va aggiunta alle prestazioni di Dam.: prima del trattamento ottiene un punto z di $-1,44$, dopo l'intervento di $-.75$. Il bambino cioè sembrerebbe in grado anche se in modo insufficiente di modificare approccio in caso di errore (il protocollo di risposta del retest infatti rileva il fatto che il soggetto è stato in grado di risolvere tutti gli item della prova, magari al terzo tentativo), e di tener conto della procedura non corretta utilizzata; ciononostante, il questionario SDAG non rileva alcun cambiamento nel comportamento del bambino a casa.

Vediamo allora tutti i risultati alle prove ottenuti dal soggetto Dam.

Grafico 5: Punti z calcolati sui risultati alle prove della ricerca somministrate prime e dopo il trattamento di Dam.



La valutazione espressa dal profilo neuropsicologica non sembra così compromessa come, invece, espressa dai genitori e degli insegnanti. L'impulsività nel rapporto con i coetanei è ancora predominante, l'attenzione al compito è sempre limitata (non è ancora in grado di svolgere a casa i compiti scolastici autonomamente), ecc. Indubbiamente, l'associazione del DDAI con un Disturbo di tipo Oppositivo Provocatorio, a questa età, rende inefficace il trattamento autoregolativo: in questo caso, sarebbe

stato opportuno intervenire contemporaneamente anche nel contesto scolastico, così come previsto dal gruppo di ricerca denominato MTA.

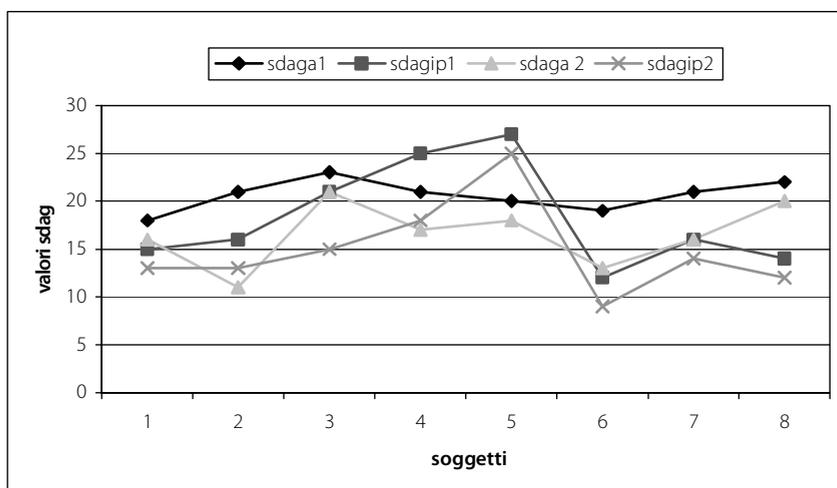
VALUTAZIONE DEL QUESTIONARIO SDAG

Il grafico 6, riporta per ciascun soggetto la valutazione espressa dai genitori prima e dopo il trattamento.

In questo caso, i cambiamenti più rilevanti sono a carico dei bambini di quinta elementare: anche qui però con una eccezione, Dam. per il quale la famiglia non evidenzia alcun cambiamento significativo ed i valori ottenuti sono abbondantemente superiore al cut-off indicato come limite per la presenza di un Disturbo. Ricordiamo che questo soggetto presenta anche i tratti di un grave Disturbo Oppositivo – Provocatorio.

In generale, per due soggetti le problematiche attentive sembrano rientrare all'interno di difficoltà più contenute (2 e 6), per il soggetto 4 vi è una riduzione delle difficoltà osservate di attenzione/concentrazione ma sempre a livelli di preoccupazione; per 4 soggetti (1, 2, 7 e 8) vengono registrati miglioramenti significativi nel comportamento. È necessario però ricordare che per tre di questi i genitori hanno anche potuto usufruire di un intervento psicoeducativo relativo alla gestione delle problematiche comportamentali del figlio a casa.

Grafico 6: Risultati ai questionari SDAG prima e dopo l'intervento



In generale, possiamo osservare come se prima del trattamento tutti i soggetti presentavano difficoltà apprezzabili di attenzione, dopo l'intervento queste sono diminuite ed in particolare per due soggetti i valori rientrano al di sotto del cut-off indicato come presenza di Disturbo; analogamente, per l'instabilità motoria se prima del trattamento solo due soggetti non venivano indicati come problematici, dopo il trattamento 4 soggetti raggiungono valori tali da definire il loro comportamento vivace, ma non disturbato.

CONCLUSIONI

I dati raccolti sono incoraggiamenti, anche se il problema della "generalizzazione" della abilità acquisite in sede di trattamento al contesto di vita è sempre modesto: infatti tre bambini su otto "normalizzano" per i genitori le difficoltà attentive e comportamentali. Un po' poco; invece è indubbia l'efficacia del trattamento in base ai risultati raccolti alle prove attentive e strategiche.

Ovviamente, non sappiamo se questi risultati si manterranno nel tempo e se la crescita favorirà anche una riduzione delle problematiche comportamentali nel contesto di vita. Per ora possiamo offrire al lettore solo delle informazioni indirette, e precisamente:

- del gruppo dei bambini più piccoli gli insegnanti rilevano...
- del gruppo dei soggetti di quinta elementare è rimasto problematico il comportamento di Da, tale da pensare ad un trattamento integrato anche con il farmaco, mentre per Gio non vengono rilevati particolari problemi di comportamento.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association** (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano
- American Psychiatric Association** (1987), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III-R)*, Masson, Milano
- American Psychiatric Association** (1968), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-II)*, Masson, Milano
- Asuni F., De Meo T., Vio C.** (2003), *Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Il caso di un bambino di quarta elementare*, "Psicologia e Scuola", 113, 16-27
- Barkley R.A.** (1997), *ADHD and the nature of self-control*, Guilford Press, New York

- Benso F., Guerra S.** (2001), **Interventi cognitivi su vari aspetti dell'attenzione e del sistema attentivo supervisore**, "Difficoltà di apprendimento", 6 (4), 513-530
- Cornoldi C., Lucangeli D., Bellina M.** (2002), *AC-MT Test di Valutazione delle Abilità di Calcolo - Gruppo MT*, ed. Erickson, Trento
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C.** (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Ed. Erickson, Trento
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Pettenò L.** (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Erickson, Trento
- Cornoldi C., Colpo G. e gruppo MT** (1981), Prove di lettura MT per la scuola elementare - 2, Manuale, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze
- Cornoldi C., Gruppo MT** (1981), *Prove di Lettura MT: Comprensione*, ed O.S., Firenze
- Krikorian R., Bartok J. & Gay N.** (1994), Tower of London procedure: a standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 840-850
- Mannuzza S., Klein R.G., Bessler, A., Malloy P. et al.** (1998), *Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up*, "Am. J. Psychiatry", 155, 493-498
- MTA Cooperative Group** (1999), *National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment*
- Posner M.I., Peterson S.E.** (1990), *The attention Sistem of the Human Brain*. *Rewneurosci*, 13, 25-42
- Schachar R., Logan G.** (1990), *Impulsivity and inhibitory control in normal development and childhood psychopathology*, "Developmental Psychology", 26, 710-720
- Sergeant J.A., Van der Meere J.J., Oosterlan J.** (1999), *Information processing and energetic factors in attention-deficit/hyperactivity disorder*, in Quay H.C., Hogan A. (eds), "Handbook of disruptive behavior disorders" pp. 75-104, Plenum Press, New York
- Shallice T., Marzocchi G.M., Coser S., Del Savio M., Meuter R.F., Rumiati R.I.** (2002), *Executive function profile of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, *Developmental Neuropsychology*, 21 (1), 43-71
- Shallice T., Burgess P.W.** (1991), *Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man*, *Brain*, 114, 727-741
- Shallice T.** (1982), *Specific impairments of planning*, "Philosophical Transactions of the Royal Society London", B 298, pp. 199-209
- Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E., Danckaerts M.** (1996), *Hyperactivity and conduct problems as risk factor for adolescent development*, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 35, 1213-1226
- Vio C.** (2004), *Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*, in Lambruschi F. (a cura di), "Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva", Bollati Boringhieri, Torino (pp. 427-457)

- Vio C., Marzocchi G.M., Offredi F.** (1999), *Il bambino con Deficit di Attenzione/Iperattività. Diagnosi Psicologica e il lavoro con i genitori*, Ed. Erickson, Trento
- Vio C., Offredi F., Marzocchi G. M.** (1999), *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-262

Seconda sessione

Stefano Calzolari, moderatore

Buon pomeriggio. Permettetemi di ringraziare personalmente il dottor Campo-longo per l'organizzazione e per l'ottima qualità dell'evento che ha organizzato. Nel pomeriggio ci butteremo nella realtà vera del bambino con l'ADHD, sentiremo la famiglia, vedremo i problemi con la scuola, vedremo i problemi con un servizio di neuropsichiatria infantile generale, cioè con chi studia l'ADHD come uno dei suoi obiettivi. Infine sentiremo la professoressa Venuti che proporrà questo studio epidemiologico. Chiedo ai relatori di rimanere nei tempi, visto che la mattinata è andata un po' lunga, chiedo alla signora Hueller, rappresentante delle famiglie, dell'AIFA, di salire sul palco e fare la sua relazione.

Il bambino iperattivo a casa: la famiglia

Jasmine Rizzi Hueller

LA TESTIMONIANZA

Passato

Sin dai primi momenti di vita di mio figlio si è visto che qualcosa non andava, ma ci sono voluti 13 anni prima che a quel “qualcosa” fosse dato un nome concreto, ovvero ADHD. Con l'avvento della corretta diagnosi e l'inizio di misure adeguate alla patologia del bambino la qualità della nostra vita è nettamente migliorata e così il passato di mio figlio, che ora ha 17 anni, e di noi genitori si divide in “prima della Da neonato era un bambino che piangeva tantissimo, dormiva pochissimo e mangiare è sempre stato un optional. Più grandicello, era un bambino che non era in grado di rimanere fermo nemmeno per un attimo, e anche se non saltava sui tavoli c'era sempre qualcosa in lui che si muoveva: una gamba, una mano, la testa. È sempre stato incredibilmente maldestro e inaffidabile, pauroso e frignone, al di fuori di ogni norma e bisognoso d'aiuto anche per le cose più insignificanti. Comunque si capiva che non erano capricci, ma che aveva un reale malessere addosso.

A scuola i suoi voti sono sempre stati intorno alla sufficienza, nonostante il grandissimo lavoro di compiti e di studio svolto a casa. Per risolvere un semplice problema matematico ci si impiegava almeno mezz'ora; per scrivere una frase servivano innumerevoli incitamenti, promesse, coccole e quant'altro la materna fantasia mi suggeriva. Mio figlio mi dava l'impressione che per lui non esistesse né il passato né il futuro, tutto era incentrato sulle necessità del momento attuale. Dunque, da questo suo punto di vista, è anche comprensibile che non riusciva a trovare la motivazione necessaria per applicarsi nello studio. La nostra grande angoscia era vedere questo bambino con un quoziente intellettivo e delle potenzialità nella norma restare indietro rispetto ai suoi coetanei. Quanto ho sgridato e punito questo bambino, che pur è la mia ragion di vita, e quanto ero sfinita e svuotata di qualsiasi energia alla sera quando finalmente poi si addormentava.

In casa nostra non è mai esistita la routine, perché ogni istante di vita era imprevedibile: bisognava tenerlo controllato in continuazione, onde evitare che si facesse del male, combinasse pasticci o si cacciasse nei guai, ed avere tanta tantissima pazienza ed ancora di più tempo per farlo progredire. Non c'era tregua neanche per un attimo.

Poi, a tredici anni, finalmente è arrivata la diagnosi corretta e le prime misure terapeutiche adeguate allo stadio di gravità della sua patologia. Mio figlio è tutt'altro che guarito, però da quel momento in poi la qualità della nostra vita è decisamente migliorata. Mio figlio deve tutt'ora seguire la terapia farmacologica ed io ringrazio il signor Leandro Panizzon, perché senza la sua scoperta anche gli altri interventi e misure terapeutiche risultano molto meno efficaci.

Presente

Come vi ho detto prima, mio figlio attualmente ha 17 anni. La sua indole è quella di un ragazzo mite, accondiscendente, cordiale, gentile, affettuoso e simpatico. Non sempre però gli riesce ad esprimersi per quello che è. Ciononostante è un ragazzo solare, sempre allegro, di buon umore e sereno, che si sveglia con il sorriso sulle labbra e mi saluta con un "buongiorno, mamma, che bello vederti!"

Nonostante il suo carattere di base sia molto positivo, la vita sociale di mio figlio è praticamente nulla, probabilmente perché lui non riesce a portare un rapporto interpersonale al di là della superficialità. Non è in grado di approfondire una relazione né con i pari né con gli adulti. È però comunque costante nel cercare il rapporto con gli altri ed è conosciuto e benvenuto da tutti.

La sua vita attuale è scandita dai ritmi che impone la scuola superiore, dove si trova a suo agio e frequenta molto volentieri. Al mattino ci sono le lezioni: mio figlio è seguito per circa la metà delle ore da un insegnante di sostegno che lo aiuta a prendere appunti e lo facilita con schede appositamente preparate per lui.

Al pomeriggio invece ci sono da affrontare i compiti. Caschi il mondo, ma noi iniziamo a farli alle due e mezza in punto. Non a caso ho detto "noi", perché mio figlio ha ancora bisogno del mio aiuto. Attualmente insieme riguardiamo quello che è stato fatto durante la mattinata in classe e stabiliamo la scaletta dei compiti da eseguire. Solitamente iniziamo con matematica, che è la materia a lui più ostica e nella quale necessita ancora parecchio sostegno da parte mia. Comunque è in grado di risolvere equazioni di secondo grado, disegnare parabole e risolvere problemi con scelta a più alternative.

Per fargli ripetere le lezioni e farlo studiare devo fargli leggere i testi dapprima a mente e poi ad alta voce, perché io lo possa sentire e controllare in quello che fa. In quei frangenti io mi trovo in una camera adiacente, e svolgo parallelamente delle attività mie, per esempio stirare, controllare bollette, ecc. Con una modalità diversa, che non permetterebbe una supervisione così diretta, mio figlio svicolerebbe, dicendo probabilmente che ha studiato anche se magari non ha neppure aperto il libro.

Tutto questo sembrerà a voi molto limitativo nei miei confronti, perché io non sono libera di programmare le giornate secondo le mie esigenze. Avete ragione, ma se

considerate che negli anni precedenti la diagnosi mio figlio non faceva una virgola se non ero seduta accanto a lui e perfettamente concentrata su di lui, vi renderete conto che ha fatto dei considerevoli progressi.

In questi giorni sta affrontando gli esami a conclusione del triennio della scuola professionale che frequenta. Stiamo battagliando molto, perché lui non ha ancora capito che per superare gli esami deve studiare almeno un po' di più del solito, dato che gli esami richiedono uno sforzo maggiore rispetto ad una normale verifica. Non riesce neanche a capire che questo impegno si protrarrà solo per breve tempo e che dunque presto potrà tornare alla vita di sempre.

Futuro

La nostra qualità di vita ora è soddisfacente, ma comunque non è il caso di ripetersi sugli allori, bisogna iniziare a pensare al futuro da adulto di nostro figlio.

Come vedo io il futuro di mio figlio?

Per altri due anni frequenterà l'istituto professionale, e questo mi tranquillizza molto, sia perché lui in questa scuola si trova molto bene, sia perché questo ci dà ancora un po' di tempo per capire che tipo di lavoro sarà in grado di svolgere un domani.

Successivamente però dovrà inserirsi nel mondo del lavoro, ma non sarà in grado di affrontare questa esperienza da solo. Avrà bisogno di personale qualificato che lo aiuti a trovare un posto di lavoro adeguato. Se questo è un aspetto importante per ognuno di noi, nel suo caso sarà vitale per evitare un continuo, inutile ed insoddisfacente peregrinare da un posto di lavoro all'altro.

Ma riguardo al futuro l'aspetto del lavoro non è la mia unica preoccupazione di genitore. Mio figlio avrà bisogno di cure per molto tempo ancora, se non addirittura per tutta la vita. A tutt'oggi in Italia non è ancora possibile assicurargli tutte le terapie necessarie al suo benessere. Dobbiamo ancora appoggiarci a strutture sanitarie situate all'estero, e pagando di tasca nostra, benché la Costituzione Italiana garantisca il diritto alla salute.

In qualità di genitore, e a nome di tutti i genitori di bambini ADHD e di tutte le persone adulte affette da ADHD, chiedo umilmente che venga tutelato il loro diritto alla salute e che le persone che occupano posti di rilievo nelle strutture istituzionali e hanno capacità decisionali si facciano carico della questione per rendere più sopportabile e sostenibile la vita insieme a questo scomodo compagno.

Conclusioni

Noi siamo riusciti ad imboccare la strada giusta per garantire a nostro figlio una vita serena e degna di essere vissuta. E di questo sono molto grata. Comunque l'ADHD non è stato sconfitto, ci condiziona ancora fortemente e l'età adulta sicuramente non produrrà una guarigione miracolosa, questo dunque ci invita, ci sprona e ci obbliga a continuare su questa strada.

Concludendo mi preme sottolineare che i genitori sappiano che non hanno colpa della patologia dei loro figli e che per questi loro figli, se adeguatamente curati, vi è la concreta speranza di un futuro con la F maiuscola.

L'ASSOCIAZIONE

I bambini ADHD in Italia spesso non sono diagnosticati come tali e i loro genitori, nella maggior parte dei casi, finiscono per peregrinare di centro in centro, di medico in medico, mentre crescono intorno a loro isolamento ed incomprensione. Da questo contesto nazionale, dal vissuto personale di diverse coppie di genitori di bambini affetti da ADHD e dall'aver constatato l'enorme sofferenza che c'è all'interno di queste famiglie, nonché l'incomprensione e l'emarginazione che questi bambini debbono subire nel contesto sociale, nasce l'AIFA onlus, l'Associazione Italiana Famiglie ADHD.

È un'associazione di genitori senza scopo di lucro che persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale, di informazione e divulgazione nel campo dei disturbi dell'attenzione e iperattività.

Le finalità dell'associazione si esprimono in un progetto denominato "Parents for Parents", una catena di solidarietà tra le famiglie per cercare di aiutare i propri figli.

In particolare l'associazione si prefigge di creare una rete di genitori disponibili all'ascolto e all'aiuto di genitori in difficoltà; di coordinare e favorire i contatti tra famiglie con problemi di ADHD; di difendere i diritti dei bambini ADHD e delle loro famiglie per migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la loro qualità di vita; di veicolare informazioni e aggiornamenti di carattere scientifico; di favorire la diffusione delle conoscenze scientifiche sull'ADHD e le sue terapie, contribuendo alla capillarizzazione delle risorse atte a favorire la diagnosi ed il suo trattamento multimodale; di favorire il contatto, il dialogo e la coordinazione tra le varie strutture sanitarie, scolastiche e sociali e i loro rispettivi operatori coinvolti nella vita quotidiana del bambino ADHD; di creare una mappatura italiana di centri e di professionisti esperti

nella diagnosi e nel trattamento dell'ADHD; di coinvolgere e collaborare con Enti locali e Statali, Ministeri, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Università, Istituti privati, Società scientifiche, Associazioni Culturali e Onlus.

L'AIFA Onlus ha una Segreteria Nazionale, un Presidente e dei Referenti Regionali e Provinciali che possono essere contattati telefonicamente o per posta elettronica. Per saperne di più sull'ADHD e per conoscere i centri e i medici segnalati e i referenti dell'Associazione è possibile visitare il sito internet alla pagina www.aifa.it, dove sarà possibile trovare documentazione scientifica aggiornata, esperienze vissute e consigli per i genitori, gli insegnanti ed i medici. È inoltre possibile iscriversi all'Associazione per contribuire al suo impegno sociale, scientifico e di solidarietà e partecipare attivamente alle iniziative proposte.

Stefano Calzolari

Grazie signora Hueller. Devo fare però una piccola parentesi, per correggere alcune cose che la signora ha detto. È vero quello che ha detto adesso, perché in realtà ai primi di maggio sulla gazzetta ufficiale è uscita la autorizzazione alla commercializzazione dei due farmaci, emetilfenidato e otobexitina, che si usano nell'ADHD, quindi, con tutta una serie di regole anche piuttosto rigide, per esempio la pubblicazione sulla gazzetta ufficiale delle linee guida della SIMPE, che è una cosa che avviene per la prima volta. Quindi con la possibilità, dall'estate in poi, appena le aziende farmaceutiche produrranno effettivamente il farmaco e lo metteranno a disposizione delle farmacie, ci sarà la possibilità di iniziare anche in Italia la terapia farmacologica. Le regole però saranno che il bambino deve avere una diagnosi e un servizio di neuropsichiatria infantile territoriale, che dovrà provare tutte quelle metodologie, il parent training, di intervento psicopedagogico, eccetera prima di dire che quel bambino ha bisogno di un farmaco. Quindi il farmaco verrà usato come add on: quando io ho fallito, o le terapie sociologiche e comportamentali e sociali non funzionano, allora posso mandare il bambino, per adesso, in un centro di riferimento regionale, per iniziare il farmaco. Qualcosa dunque sta cambiando.

Stefano Calzolari

Credo che la prossima relazione interesserà moltissimo le insegnanti in aula, che sono numerose, perché ci racconterà e ci spiegherà come fare a trattare questi bambini. Credo che ci darà la bacchetta magica, come al solito, la dottoressa Sanna, pedagoga dell'Università di Cagliari, che ci parlerà della realtà del bambino ADHD nella scuola.

Il bambino iperattivo a scuola: come gestirlo

Giorgia Sanna

Parleremo di come vive il bambino con Disturbo da Deficit di Attenzione (ADHD) in classe e di come gli insegnanti vivono in rapporto con lui durante le attività didattiche. Quindi vedremo anche una serie di strategie, di maniere con le quali si può intervenire durante le attività scolastiche, per cercare di contenere quelli che sono gli aspetti più dirompenti e il deficit attentivo.

Sicuramente non esistono delle regole o dei comandamenti che possano far sparire il disturbo ma esistono delle modalità di interazione che sicuramente possono contenere le manifestazioni disfunzionali, fornendo uno schema, una struttura di supporto, all'interno delle quali il bambino ADHD riesca a esprimersi e ad agire rispondendo alle richieste ambientali. L'ambiente può aiutare i bambini ADHD, benché questo sia l'elemento determinante o la causa del disturbo, certamente l'ambiente e le interazioni che il bambino ha con l'ambiente possono sicuramente favorire, o, per contro, penalizzare il bambino. Si tratta appunto di bambini che per cause neurobiologiche hanno difficoltà di autoregolazione, dove per autoregolazione si intende la capacità di gestire e coordinare risposte comportamenti, cognitive ed emotive in base a quelli che sono gli stimoli ambientali.

Nei bambini ADHD le capacità di autoregolazione sono deficitarie, queste si manifestano in diversi ambiti e in diversi modi. Le difficoltà di autoregolazione possiamo osservarle ad esempio nell'utilizzo delle risorse attentive, non perché i bambini ADHD di per sé non siano capaci di stare attenti, perché a volte, paradossalmente, vediamo anche che stanno attenti a troppe cose contemporaneamente, quindi non riescono a canalizzare, a focalizzare le loro risorse in un compito specifico.

Quello però che non riescono a fare è dosare il livello di attenzione necessario per svolgere i compiti, soprattutto non riescono a dosarlo a secondo del compito che devono svolgere. Ad esempio hanno difficoltà nel prestare attenzione a più elementi contemporaneamente, o meglio hanno difficoltà nel prestare attenzione a elementi contemporaneamente coordinandoli, perché magari stanno attenti a tante cose, però se devono stare attenti, ad esempio alla maestra che detta, quindi ascoltare la maestra, ricordare quello che dice e poi anche scriverlo, questo può risultare un compito difficile. Allo stesso modo può risultare difficile anche mantenere l'attenzione a lungo, e quindi mantenere un livello di attenzione sostenuto per lo svolgimento di un compito, o anche di un gioco.

Infatti per compito ci riferiamo a diverse attività, possiamo pensare dunque alle attività scolastiche, anche ai giochi che hanno necessità di un certo livello di attenzione, di rispetto di regole, come ad esempio rispettare dei turni, ricordare ciò che hanno fatto gli altri qualora vengano svolti con altri bambini.

I bambini con difficoltà di autocontrollo non ci riescono o non riescono bene, proprio perché le difficoltà a dosare la loro attenzione, la loro concentrazione, ad utilizzare in maniera proficua e funzionale le loro capacità organizzative.

Ancora vediamo proprio nell'organizzazione delle attività, la difficoltà di problem solving, la difficoltà di pianificazione; quindi pianificare, organizzare, coordinare un lavoro che richieda una soluzione specifica, magari con l'organizzazione di un piccolo piano di lavoro diventa un problema.

Per quale motivo? Perché questi bambini, come abbiamo visto anche stamattina (relazione Alessandro Zuddas), hanno difficoltà a controllare le proprie le risposte impulsive, per cui non riescono a fermarsi (*stop and tink*) un attimo se devono risolvere un compito anche mediamente complesso, per pensare a come lo possono risolvere. A volte passano subito all'azione e magari non si rendono neanche ben conto di quello che devono fare, di qual è il compito che effettivamente devono svolgere. Non considerano a sufficienza le caratteristiche del compito che devono svolgere, quindi se è un compito molto difficile, mediamente difficile, oppure tutto sommato abbastanza semplice.

Le persone con ADHD non attuano spontaneamente questo tipo di considerazioni. Non riescono ad utilizzare strategie utili, in base al tipo di compito, quindi non solo non riflettono sul livello di difficoltà, ma anche su quali possono essere le strategie migliori per la risoluzione di un compito. Oltre tutto non possiedono capacità, sottolineo ancora una volta spontanee, di monitoraggio e di controllo del compito. Una volta che finisco un compito, un lavoro o un gioco elaborato dovrei poter verificare se ho svolto bene il mio compito; se mi accorgo che così non è, dovrei tornare indietro, ricominciare e vedere dove ho sbagliato.

Qual è l'effetto di queste difficoltà dei bambini con ADHD? Che spesso sono scarsamente motivati ad impegnarsi, a svolgere i compiti che richiedono fatica, che richiedono un'attenzione sostenuta. La frequente esperienza di fallimenti e di modalità di lavoro anche inefficaci, infatti, porta questi bambini a sentirsi incapaci, frustrati, quindi anche a rinunciare, già prima di iniziare a fare un compito, a vedere se riescono a farlo e in quale modo. Ancora le difficoltà di autoregolazione le vediamo anche nel limite che hanno nella gestione delle emozioni; quindi la capacità di auto regolare le reazioni emotive risulta compromessa. La frustrazione di non riuscire a svolgere un compito, di non riuscire a portarlo a termine, il bisogno di comunicare questo tipo di disagio ai genitori, agli insegnanti spesso viene espresso con rabbia e aggressività.

Ricordo un bambino che ho avuto modo di valutare, relativamente al livello degli apprendimenti scolastici, e che in quarta elementare ancora non riusciva bene a leggere e scrivere, nonostante avesse un livello cognitivo assolutamente adeguato. Avendogli chiesto di scrivere una piccola frase non riusciva, aveva difficoltà, non si ricordava come si scrivevano le letterine e quindi era lì che dava pugni, oppure che strisciava violentemente la penna sul foglio, piuttosto che dire: aiutami, non mi ricordo come si scrive questa lettera, dammi una tabellina con le letterine. Il suo modo di esprimere la sua difficoltà e di dire che gli stavamo chiedendo qualcosa di troppo difficile, era questo, con una modalità che si trova abbastanza frequentemente tra i bambini con ADHD.

Quali sono gli effetti delle difficoltà di autoregolazione in tutto questo? Questi bambini non riescono a mettere in atto spontaneamente e in maniera autonoma riflessioni sulle conseguenze del proprio comportamento, cioè non riescono spontaneamente a far riferimento ad esperienze, a fatti che già gli sono capitati in precedenza. Niente di strano che quando un bambino reagisce in maniera emotivamente sproporzionata, magari, alla difficoltà di scrivere un pensierino, l'insegnante possa averlo rassicurato più di una volta. Nonostante ciò il bambino non si ricorda di quell'episodio e invece che dire: "maestra, guarda, mi sta succedendo nuovamente come l'altra volta, mi aiuti?" ripropone nuovamente queste modalità dirompenti e scarsamente controllate.

Il comportamento risulta spesso nel contesto della classe, mi riferisco soprattutto alle attività scolastiche, inadeguato e in particolare se il bambino non riceve chiari indicatori su che cosa ci si aspetta da lui e su quali siano le regole da rispettare nell'ambito delle attività scolastiche. In pratica più il bambino diventa capace di prevedere che cosa l'ambiente richiede, che cosa la situazione richiede che lui faccia, maggiore sarà la possibilità che cerchi di rispettare queste richieste. Pensiamo infatti che tutte le regolarità, tutti gli impegni prestabiliti, quindi tutte le attività molto strutturate generalmente facilitano i bambini con ADHD, perché sanno chiaramente che cosa è opportuno che facciano. Non è detto che poi effettivamente riescano ad attendere e rispettare subito questo tipo di regole, però sicuramente questo li aiuta, li può facilitare, piuttosto che sentirsi dire una serie di: non fare questo, non fare l'altro, non parlare così, non correre così. È generalmente più opportuno dire loro che cosa è meglio facciano, quindi possiamo anche fare un'osservazione sul loro comportamento negativo, però è importante anche dare indicazioni su un comportamento sostitutivo positivo a quello che non va bene, in modo che sappiano chiaramente che cosa è meglio che facciano, come è meglio che si comportino in determinate situazioni. Questo lo possiamo osservare, lo possiamo vedere anche quando si interagisce con i bambini con ADHD in diverse situazioni. Ad esempio nelle situazioni molto organizzate,

molto ben strutturate, quando il bambino ha delle attività alla sua portata da poter svolgere, attività che possono catturare il suo interesse, quando il bambino è seguito individualmente, e quindi ha dei frequenti feed back da parte dell'insegnante, o da parte dell'educatore, si nota che i sintomi tipici dell'ADHD sono meno osservabili, sono meno dirompenti. Nelle situazioni nuove questo accade spesso, anche quando i bambini arrivano in ospedale per una prima visita, generalmente non manifestano subito questo tipo di comportamento, perché c'è una situazione non conosciuta che magari può un pochino inibirli, contenerli. Anche il fatto che poi vengano valutati comunque da operatori in rapporto uno a uno facilita uno scambio continuo e veloce con il bambino, che riesce quindi a rispondere in maniera abbastanza adeguata alla situazione. Per contro nelle situazioni invece non strutturate, non organizzate, magari anche di gioco libero, si vede invece come le caratteristiche dei bambini ADHD siano molto più evidenti e molto più marcate. Qualche volta si pensa erroneamente che magari far giocare il bambino senza regole, senza nessuna struttura, magari per farlo sfogare, lo aiuti, in modo che poi si possa concentrare più proficuamente sui compiti. Invece se qualcuno di voi magari ha fatto questa osservazione, in genere accade proprio il contrario: quando si lasciano liberi magari per mezz'ora o per un'ora senza nessuna regola, senza nessuna struttura, poi è molto più difficile riportarli ad una situazione di lavoro strutturata e organizzata.

Come facilitare, come aiutare il bambino con ADHD nelle situazioni sociali, a scuola, dove deve interagire con la maestra, con i compagni, svolgere dei compiti? Lo possiamo aiutare offrendo delle informazioni di ritorno frequenti.

Che cosa vuol dire? È necessario aiutare il bambino a prendere coscienza delle conseguenze, dei risvolti che determinate azioni hanno, o hanno avuto in passato. Instaurare delle routine, delle regolarità, in modo che il bambino sappia, anche a scuola, più o meno come si svolgerà la mattinata, quali saranno i tempi di lavoro, quali saranno i tempi di pausa, possibilmente cercare di organizzare le attività anche durante le pause. E questo è molto faticoso per gli educatori, per gli insegnanti, perché praticamente significa che le attività dei gruppi dove ci sono dei bambini iperattivi e con difficoltà di gestione dell'attenzione non possono certamente essere lasciate al caso.

Anche le indicazioni che adesso vedremo e che possono aiutare durante le attività didattiche, vanno assolutamente inserite in un contesto complesso e completo delle attività con questo bambino. Quindi l'insegnante di per sé deve essere molto organizzato, deve pianificare tutte le attività da svolgere con i bambini, e inoltre stabilire delle regole. A delle regole chiare dunque conosciute e condivise aiuta sia adulti che bambini ad organizzarsi, a lavorare insieme, ad utilizzare al meglio spazi e tempi di lavoro. Ancora una volta infatti sapere in anticipo quali sono le azioni da considerarsi

fuori norma e quelle che invece sono assolutamente ben accette, può aiutare a far sì che questi bambini si comportino in modo funzionale.

Ad esempio ora vedremo una breve lista con alcune routine che potrebbero essere utili se utilizzate come struttura di supporto nell'organizzazione delle attività scolastiche:

- L'ingresso in classe ad un'ora fissa di tutti i bambini insieme.
 - Provate a pensare quando i bambini arrivano ed entrano in classe un po' alla spicciolata, in quei 10 minuti, un quarto d'ora in cui ci si prepara si aspetta che arrivino tutti quanti prima di iniziare la lezione. Quindi non c'è un'attività chiaramente organizzata. Succede che magari un bambino più movimentato, più impulsivo degli altri in quei momenti combini un po' di tutto, senza che si riesca ad indicargli un'attività sostitutiva, perché essendo in un momento di attesa l'unica cosa che si riesce a fare è rimproverarlo e richiamarlo continuamente. Potrebbe essere indicato fare entrare tutti insieme i bambini e iniziare subito un'attività organizzata, che non vuole necessariamente dire un'attività didattica a tutti i costi, ma qualcosa di ben strutturato, dove il bambino sa che cosa è opportuno fare.
- Stabilire delle routine di inizio lezione.
 - Ogni insegnante, in base al proprio stile di insegnamento, in base al proprio stile didattico potrà stabilire quelle che a suo parere sono più proficue, più funzionali per la sua classe, in base al tipo di classe con cui lavora, in base anche al tipo di bambino con ADHD. Quali routine di base potremmo presentare le attività del giorno, comprensive dei tempi di lavoro e di pausa. Ricordiamoci la difficoltà che hanno i bambini con ADHD nel fare stime sul tempo necessario per svolgere un compito.
- Stabilire delle pause concordate, possibilmente tutti i giorni, più o meno alla stessa ora.
- Organizzare delle attività durante i momenti di pausa.
- Dettare i compiti ad orari precisi e non all'ultimo momento, quando per il bambino con ADHD è facile sfuggire al controllo dell'insegnante e che magari prenda nota solo della metà delle attività da fare, oppure le scrive in una pagina del diario diversa da quella interessata.

Torniamo un attimo al fatto di stabilire delle regole, le regole della classe. Ormai in tante scuole e classi si vede un cartellone con delle regole elaborate con delle caratteristiche ben precise che elencheremo:

- è importante stabilire delle regole di classe, soprattutto è importante che vengano discusse con i bambini nel momento in cui si stabiliscono, dando loro

la possibilità di commentarle, dando loro quindi la possibilità di esprimere un parere su quelle che sono più o meno utili nel contesto della classe e nei rapporti con i compagni.

- Siano semplici ed espresse in modo chiaro, quindi con l'utilizzo di poche parole, che dicano direttamente e senza troppi giri di parole quello che ci si aspetta da loro.
- Indichino soprattutto delle proposizioni positive, non dei divieti, ma ad esempio "avvisare la maestra prima di andare in bagno". Quindi stiamo chiedendo al bambino qualcosa che è opportuno che lui faccia, piuttosto che "Non andare in bagno senza autorizzazione".
- È importante che queste regole segnalino ciò che è opportuno fare, evitando frasi troppo generiche, come ad esempio: "In palestra stare buoni". Per i bambini con ADHD, ma anche per altri bambini, a volte stare buoni non ha un grande significato, se si dice loro: "mi prometti che quando sei in palestra fai il bravo?"; loro ci dicono di sì, anche in modo sincero. Ma per noi che cosa significa stare bravi in palestra? Invece è importante dire loro chiaramente che cosa è opportuno facciano in palestra.
- È importante che queste regole siano poche e veramente significative per la gestione del gruppo classe, perché troppe rischierebbero di vanificarne il rispetto, e magari non vengono neppure ricordate.
- Possibilmente le regole devono essere sempre visibili, devono essere trascritte su un cartellone magari da realizzarsi insieme ai bambini.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'aula e degli spazi, anche questo è importante da considerare nell'attività con i bambini iperattivi, perché ad esempio anche la disposizione dei banchi può sicuramente favorire la partecipazione del bambino alle attività didattiche e può facilitarlo anche nell'interazione con gli altri bambini. Questo ovviamente in base alla situazione che si deve gestire, non ci sono disposizioni rigide, che devono essere rispettate: bisogna assolutamente mettere i banchi in questo modo.

Ogni insegnante vedrà qual è la maniera più funzionale al proprio contesto, è importante anche considerare che, a seconda della disposizione dei banchi, degli spazi, poi scaturiscono una serie di relazioni, quindi bisognerà tenere conto anche di questo, delle relazioni e interazioni che il bambino ha con l'ambiente. Sarà importante magari nella scelta della disposizione dei banchi considerare se la maestra riesce sempre ad avere sotto il proprio sguardo il bambino e soprattutto se riesce ad avere con lui uno scambio visivo, in modo che possa dare dei feed back, a volte verbali a volte proprio con l'espressione del volto.

Quando la maestra dà delle consegne, o formula dei rimproveri, è sempre molto importante, anche se può sembrare banale, guardare in faccia il bambino, guardarlo negli occhi, in modo che siamo sicuri che ci stia seguendo, perché qualche volta, anche quando magari viene rimarcato il comportamento negativo e proponiamo anche un comportamento sostitutivo positivo rispetto a quello che magari ha adottato, non è difficile che dopo due parole non ci ascolti più. Per cui magari anche quando interveniamo in questo modo è importante verificare che il bambino sta prestando attenzione a quello che noi intendiamo dirgli e comunicargli.

Considerare anche se il posto dove è seduto il bambino è facilmente raggiungibile, qualche volta a noi purtroppo capita anche di dover gestire fisicamente l'impulsività o l'iperattività del bambino con ADHD che può cercare di scappare, o magari essere anche aggressivo nei confronti dei compagni. Quindi è importante riuscire a raggiungerlo subito, per contenere anche questo tipo di manifestazioni. La raggiungibilità è fondamentale per dare dei frequenti feed back, anche quando svolgono attività didattiche. Avvicinarsi a lui qualche volta in più rispetto a quanto non si faccia con gli altri bambini, per dare anche sicurezza; è meglio ricompensarlo subito, piuttosto che dire: se fai questo domani ti porto un pacchetto di figurine (ricordate il concetto sulla delay aversion: relazione Alessandro Zuddas), sarebbe troppo lontano, quasi un obiettivo irraggiungibile, quindi quel pacchetto di figurine perderebbe l'effetto di stimolo motivante.

Riepilogando: i bambini ADHD traggono giovamento da un ambiente prevedibile, controllabile e organizzato.

BIBLIOGRAFIA

- Ancilletta B., Sanna G., Cavolina P. e Zuddas A.** (2006), *Il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD): confronto tra questionari e interviste cliniche semistrutturate*, in Cianchetti C., Fedrizzi E., Riva D. e Pfanner P. (a cura di), *Strumenti di valutazione clinica in neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Franco Angeli, Milano, pp. 144-152
- Andrich S. e Miato L.** (2006), *Memoria visiva* (CD-ROM), Edizioni Erickson, Trento
- Baddeley A.D.** (1984), *La memoria. Come funziona e come usarla*, Laterza, Bari
- Baddeley A.D.** (1990), *La memoria di lavoro*, Raffaello Cortina, Milano
- Baddeley A.D.** (1992), *La memoria umana. Teoria e pratica*, Il Mulino, Bologna
- Barkley R.A.** (1999), *Deficit di attenzione e iperattività*, "Le Scienze", n. 365, pp. 70-76
- Barkley R.A. e Benton C.M.** (2007), *Figli irrequieti. Come migliorarne il comportamento*, Armando, Roma

- Cavolina P., Sanna G., Ancilletta B. e Zuddas A.** (2005), *Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica dell'ADHD: sintesi, commenti e implicazioni cliniche nella pratica quotidiana*, in "Disturbi di Attenzione e Iperattività", vol. 1, n. 1, pp. 55-88 Supplemento al periodico "Difficoltà di Apprendimento", Edizioni Erickson, Trento
- Chiarenza G.A., Bianchi E. e Marzocchi G.M.** (2006), *Le linee guida SINPIA per il trattamento cognitivo-comportamentale del DDAI. Disturbi di attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson, Trento, vol. 1, n. 2, pp. 177-194. Supplemento al periodico "Difficoltà di Apprendimento", Edizioni Erickson, Trento
- Corbo S., Marolla F., Sarno V., Torrioli M.G. e Vernacotola S.** (2003), *Il bambino iperattivo e disattento. Come riconoscerlo ed intervenire per aiutarlo*, Franco Angeli, Milano, 2a ed.
- Cornoldi C.** (1999), *Le difficoltà di apprendimento a scuola*, Il Mulino, Bologna
- Cornoldi C. e Caponi B.** (1991), *Memoria e metacognizione*, Edizioni Erickson, Trento
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. e Vio C.** (2001), *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Edizioni Erickson, Trento
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. e Pettenò L.** (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Edizioni Erickson, Trento
- D'Errico R. e Aiello E.** (2002), *Vorrei scappare in un deserto e gridare...*, Giuseppe De Nicola Editore, Napoli, reperibile sul sito www.aifa.it
- Di Nuovo S.** (2000), *Attenzione e concentrazione* (CD-ROM), Edizioni Erickson, Trento
- Di Pietro M., Bassi E. e Filoramo G.** (2001), *L'alunno iperattivo in classe*, Edizioni Erickson, Trento
- Di Pietro M.** (1992), *L'educazione razionale-emotiva*, Edizioni Erickson, Trento
- Fabio R.A.** (2003), *L'attenzione. Fisiologia, patologie e interventi riabilitativi*, Franco Angeli, Milano, 3a ed.
- Fedeli D.** (2006), *La sindrome di Pierino*, Giunti, Milano
- Stablum F.** (2002), *L'attenzione*, Carocci, Roma
- Gordon M.** (2003), *Aiuto! ...sta arrivando mio fratello! ...ovvero: come si vive insieme ad un bambino con l'ADHD*, Giuseppe De Nicola Editore, Napoli, reperibile sul sito www.aifa.it
- House A.E.** (2001), *La diagnosi psicologica nella scuola secondo il DSM-IV*, Edizioni Erickson, Trento
- Ianes D. e Demo H.** (2007), *Educare all'affettività*, Edizioni Erickson, Trento
- Ianes D. e Cramerotti S.** (2002), *Comportamenti problema e alleanze psicoeducative*, Edizioni Erickson, Trento
- Kirby E.A. e Grimley L.K.** (1992), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson, Trento, 2a ed
- Passolunghi M.C. e De Beni R.** (2001), *I test per la scuola*, Il Mulino, Bologna
- Martin G. e Pear J.** (2000), *Strategie e tecniche per il cambiamento*, McGraw-Hill, Milano

- Marzocchi G.M.** (2003), *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna
- Marzocchi G.M., Portolan S., Usilla A.** (2006), *Autoregolare l'attenzione* (CD-ROM), Edizioni Erickson, Trento
- Marzocchi G.M., Molin A. e Poli S.** (2000), *Attenzione e metacognizione*, Edizioni Erickson, Trento
- Merati S., Valenti V. e Celi F.** (2005), *Autocontrollo e autoregolazione in bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività: una ricerca sperimentale a soggetto singolo*, "Disturbi di attenzione e iperattività", vol. 1, n. 1, pp. 27-51, supplemento al periodico "Difficoltà di Apprendimento", Edizioni Erickson, Trento
- Munden A. e Arcelus J.** (2001), *Il bambino iperattivo*, Ecomind, Salerno
- Marzocchi G.M., Molin A. e Poli S.** (2000), *Attenzione e metacognizione*, Edizioni Erickson, Trento
- Shallice T.** (1990), *Neuropsicologia e struttura della mente*, Il Mulino, Bologna
- SINPIA** (2006), *Linee guida per il DDAI e i DSA, Diagnosi e interventi per il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Edizioni Erickson, Trento
- Zuddas A., Ancilletta B. e Cavolina P.** (2000), *Che cos'è l'ADHD? Manuale minimo per genitori ed insegnanti*, Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale, Cagliari
- Zuddas A., Ancilletta B., Sanna G. e Cavolina P.** (2003), *Come "funzionano" i bambini con ADHD*, in D'Errico R. (a cura di), *ADHD dalla clinica alla scuola alla famiglia*, Giuseppe de Nicola Editore, Napoli, pp. 43-52. Reperibile sul sito www.aifa.it
- Zuddas A., Cavolina P., Sanna G., Pisano T. e Ancilletta B.** (2000), *Il Disturbo da deficit Attentivo con Iperattività: neurobiologia e terapie farmacologiche*, in Atti del Congresso "Bambini iperattivi a casa e a scuola: metodi efficaci di cura e di educazione", Provincia di Udine, pp. 19-30
- Zuddas A., Sanna G., Cavolina P. e Ancilletta B.** (2004), *Criteri Diagnostici e strategie terapeutiche per il deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD)*, in Rigon G. e Chiodo S. (a cura di), *Psicofarmacologia in età evolutiva*, Franco Angeli, Milano, pp. 101-129

Stefano Calzolari

Grazie dottoressa, per la chiarezza dell'esposizione e per la praticità dei consigli, che spero sollevino molte domande dopo. Passiamo ai servizi, cioè all'altro punto della catena, servizi che mi verrebbe da definire normali, come ci sono in tutta Italia. Dico questo perché secondo me è vero che i bambini con ADHD ci sono sempre stati, è vero che ci sono, è vero che in qualche maniera abbiamo sempre dovuto affrontare

problemi, ma, come diceva la signora Hueller, affrontarle in maniera diversa richiede molto più impegno e probabilmente molte più risorse. Da questo punto di vista i politici non i vogliono ascoltare.

Passo la parola al dottor Barone, neuropsichiatra infantile dell'unità operativa due di Rovereto, che parlerà al posto del dottor Bazzoli.

Quali percorsi diagnostici e terapeutici in un servizio di neuropsichiatria infantile?

Esperienze e proposte

Corrado Barone, Katia Rocchetti

Corrado Barone

Buongiorno. Doveva essere qui il dottor Bazzoli, ci teneva molto a partecipare a questa giornata, ma suo malgrado non ha potuto proprio essere con noi. Mi ha chiesto di essere presente al posto suo per rappresentare la seconda unità operativa. Ci teneva molto perché, come abbiamo sentito in tutta la giornata, l'argomento è veramente di grande portata, è un argomento che ci coinvolge tutti. Io avevo portato anche alcune slide, ma sui contenuti delle stesse è già stato detto un po' tutto quello che si poteva dire. Io vorrei usare il breve tempo a mia disposizione, visto che poi lascerò la parola alla mia collega, per lanciare una proposta di lavoro che parte dalla base.

Veramente questa mattina abbiamo sentito ricercatori ed autori che hanno descritto il disturbo in maniera egregia, che hanno fatto capire come sia un disturbo pervasivo, come sia un disturbo che ci coinvolge tutti. Non a caso qui in sala, almeno tra le persone che conosco, sono rappresentate moltissime professioni: il medico, il riabilitatore, l'insegnante, il dirigente scolastico, lo psicomotricista, l'infermiere, assistente educatore.

Che cosa facciamo tutti qui? Siamo qui perché tutti insieme possiamo/dobbiamo occuparci del disturbo ADHD. Si conoscono pochi altri disturbi in neuropsichiatria infantile che coinvolgono così tanti contesti. La proposta di lavoro non è certamente un'invenzione, né una cosa nuova, è una sfida: creare una rete di lavoro, una rete di servizi. La proposta è quella di potersi confrontare ogni tanto, mantenendo le nostre conoscenze e la specificità delle nostre professioni, confrontarci molto.

Il servizio di neuropsichiatria territoriale, il neuropsichiatra infantile da solo non fa diagnosi di ADHD, ce l'hanno detto. L'insegnante da sola non fa l'intervento rieducativo, per un bambino del genere, ce l'hanno detto. La famiglia da sola non ce la fa, ce l'hanno detto.

Allora dobbiamo provare a collaborare, siamo lo zoccolo duro, siamo alla base, abbiamo bisogno delle informazioni e della formazione come quella di oggi, poi dobbiamo provare a tradurla. In alcuni momenti, in alcuni passaggi della giornata mi sono sentito anche un po' scoraggiato, mi dicevo: qui come ne veniamo fuori?

Il dottor Masi ha detto che l'andamento naturale del disturbo è di un certo tipo; per una percentuale di bambini il quadro clinico è caratterizzato da una comorbidità, con ricadute non secondarie sullo sviluppo psicologico e sulla quale possiamo avere responsabilità nell'andamento nel decorso e quindi della prognosi. Il disturbo ADHD può anche risolversi, ma gli effetti personali sull'autostima, sull'identità personale, sul ruolo sociale, nonché gli effetti sulla famiglia, come abbiamo visto, possono essere pesanti; vorrei dire con forza che proprio su questi aspetti noi possiamo lavorare insieme. Lavorare in équipe può risultare un modo di dire "vuoto"; l'esperienza quotidiana mi fa dire che lavorare veramente in équipe è faticoso e difficile; ancor più quando l'équipe è multidisciplinare e/o inter-istituzionale.

Quando io mi incontro con una maestra, con un educatore, con un genitore, con un pediatra la difficoltà esistente è quella di liberarsi delle difese, di ammettere di non sapere tutti i risvolti di quella situazione, di mettere sul tavolo quello che si conosce di quel bambino, di confluire in obiettivi condivisi. Se non proviamo a costruire una rete di professionisti rischiamo di rimanere soli e impotenti e questo significherebbe fallire e rischiare di attribuire all'altro la responsabilità del fallimento, di delegare all'altro la competenza dell'intervento. Può succedere così che l'insegnante si aspetta da me la ricetta magica, perché quell'insegnante magari è sola con 25 bambini in classe e non sa più che cosa fare, le ha provate tutte, non ha sempre altre risorse, altri strumenti; non ha la possibilità di fermarsi e vedere i piccoli cambiamenti di quel bambino. Il neuropsichiatra a sua volta si può infastidire, può dire che non è compito suo fare interventi pedagogici, che è l'insegnante che deve pensarci, che deve sapere. Il genitore a sua volta si sente sballottato, lo abbiamo sentito, va a scuola, viene in ambulatorio; il genitore si sente fallito, si deprime, pensa di non essere un bravo educatore, di aver sbagliato tutto.

Creare una rete di lavoro può diventare veramente la nostra specificità; noi non siamo ricercatori, siamo professionisti che devono tradurre e concretizzare ciò che la ricerca scopre. La nostra specificità è fungere da collante, da sistema che integra e non che frammenta.

La diagnosi può essere fatta dai migliori consulenti, il progetto didattico può essere affidato alla pedagoga più esperta, i genitori possono richiedere pareri da più parti, ma dobbiamo tenere conto che quel bambino, quella famiglia devono stare coesi, non disgregati. Il bambino non può essere suddiviso in tanti piccoli pezzi. Il rischio è questo, perché abbiamo visto che si tratta di un disturbo trasversale, che interessa l'apprendimento, le relazioni sociali, lo sviluppo della personalità. È un bambino che rischiamo di studiare in modo frammentario (secondo le singole competenze), di cui potremmo occuparci in modo frammentario se non collaboriamo. Invece in un disturbo come questo abbiamo bisogno di coesione, abbiamo bisogno di armonizzare

questo bambino e la sua famiglia. In un servizio sanitario come quello in cui lavoro, così come in tutti i servizi di neuropsichiatria infantile in Trentino abbiamo al nostro interno già la presenza di più professioni e già vediamo i bambini da diversi punti di vista. Ci confrontiamo tra di noi e abbiamo la possibilità poi di incontrare insegnanti, assistenti sociali, educatori del privato-sociale per giungere a progetti condivisi.

Oggi per esempio non si è parlato molto di una risorsa presente sul territorio: il privato sociale. Col privato-sociale si possono realizzare progetti educativi/ricreativi extrascolastici, progetti estivi ecc.; esperienze che promuovono la salute del bambino. Solo essendo nella quotidianità e vicini al bambino e alle famiglie possiamo fare questo, quindi solo noi, risorse territoriali (scuola, neuropsichiatria, servizio sociale, privato-sociale) abbiamo la possibilità di costruire/fare questo. È una sfida grande, ma la possiamo affrontare, piccole e grandi esperienze sono già in atto.

Credo che la parola d'ordine sia un po' questa: integrare e non disintegrare, mettere insieme e non disgregare, stare vicini al bambino e alla sua famiglia. Credo che tanto in questa direzione stiamo già facendo anche se con tanti limiti, non ci dobbiamo abbattere.

Abbiamo la possibilità di chiamare per nome il bambino con ADHD; per noi il bambino con ADHD è Mario, il bambino ipercinetico è Luigi; abbiamo cioè la possibilità di mettere a fuoco l'individuo, la sua famiglia e il suo contesto ambientale.

Questa è un po' la nostra sfida, facciamo acqua un po' da tutte le parti, ma la dovremmo leggere proprio in questi termini, riuscire a sentirci in uno stesso percorso, affinché non andiamo in direzioni opposte, affinché non ci contrastiamo. Solo insieme credo si possono fare interventi efficaci. Il servizio di neuropsichiatria, con tutte le sue difficoltà, lo ripeto, può rappresentare una sorta di coordinatore favorendo la costituzione di équipe interistituzionali.

Come diceva il dottor Calzolari in pochi giorni dobbiamo anche individuare un centro di riferimento per l'ADHD, questo vorrà dire ancor più entrare a pieno titolo in questo discorso. In questo modo e alle condizioni che lui ha appunto citato, avremo anche la possibilità di gestire e monitorare l'eventuale terapia farmacologica correlata al disturbo. Vedete dunque quanti aspetti, quante sfaccettature. Abbiamo bisogno di parlarne e di condividere.

A questo punto lascerei la parola alla mia collega, che adesso entra nel merito dell'organizzazione del servizio territoriale di neuropsichiatria infantile e del protocollo di valutazione per l'ADHD.

Stefano Calzolari

Per coloro che non la conoscono: la dottoressa Katia Rocchetti, dell'Unità operativa 1 di Trento.

Katia Rocchetti

Buonasera a tutti. Il dottor Campolongo quando mi invitò a questo convegno mi propose il titolo: "Quali percorsi diagnostici e terapeutici in un servizio di neuropsichiatria infantile? Esperienze e proposte". Oggi, a quest'ora del pomeriggio, dopo aver sentito tutte le relazioni, mi è venuto in mente anche un possibile sottotitolo: "Il servizio ideale e il servizio reale". Quindi, qual è la nostra realtà?

In provincia di Trento esistono due unità operative di NPI, ma molti sono i momenti di condivisione di protocolli e modalità di intervento tra i due distinti servizi.

Parlerò nello specifico della NPI 1.

Come abbiamo organizzato il nostro lavoro? Il nostro principale obiettivo è quello di rendere operativo un modello di rete assistenziale che possa garantire lo stesso tipo di intervento e soprattutto una omogeneità di risposte a tutto il vasto territorio di nostra competenza.

Per avvicinarci a questa nostro obiettivo abbiamo pensato alla costituzione di ambulatori di 2° livello. Gli ambulatori di 2° livello sono composti da un medico esperto in una specifica patologia di interesse neuropsichiatrico infantile con alta percentuale di frequenza e di necessità di presa in carico, e da un pool di terapisti il cui compito, tutti insieme, è quello di garantire una supervisione a tutti i Distretti, oltre al monitoraggio di tutta l'attività clinica e riabilitativa specifica.

Tra questi ambulatori vorrei ricordare quello per i disturbi specifici dell'apprendimento e per l'ADHD, quello per i disturbi pervasivi dello sviluppo psicologico, quello per la patologia neuromotoria. Ovviamente oggi ci occuperemo di ciò che si fa nell'ambulatorio di secondo livello per i disturbi dell'apprendimento e per l'ADHD.

Finora gran parte della nostra attività è stata incentrata sui disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), attraverso una attenta formazione degli operatori, e la successiva stesura di un nostro protocollo diagnostico. L'alta percentuale di comorbidità tra DSA e ADHD non ci ha mai fatto perdere di vista l'aspetto inattento e/o iperattivo dei nostri bambini. Abbiamo visto questa mattina che il 30% di bambini che hanno disturbi di apprendimento verosimilmente può presentare anche un disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Quindi, alla luce delle sollecitazioni della letteratura, ma anche dei bambini che visitiamo in ambulatorio e dai colloqui con

genitori e insegnanti, abbiamo cercato di allargare le nostre competenze anche all'ambito dell'ADHD.

Che cosa abbiamo iniziato a fare? Sicuramente siamo partiti dalla formazione teorica di tutti gli operatori, non solo quelli della neuropsichiatria infantile, ma anche di tutti coloro che collaborano con noi. Abbiamo fatto alcuni corsi di formazione per i Pediatri; per quale motivo? Il genitore, spesso, espone facilmente queste problematiche al pediatra di famiglia, mentre trova maggiore difficoltà nel recarsi da un neuropsichiatra infantile; quindi il pediatra di famiglia si trasforma in una risorsa. Altrettanto importanti come risorsa sono gli insegnanti: anche in questo caso abbiamo effettuato alcuni corsi di formazione. Siamo all'inizio però contiamo di aver gettato le basi per poter e dover continuare nel percorso comune di conoscenza e gestione del problema ADHD.

Sappiamo che le linee guida ministeriali ci imporrebbero tutta una serie di cose da fare e uno standard minimo di personale dedicato. Allo stato attuale sicuramente le risorse che noi abbiamo a disposizione sono insufficienti. Vedevamo stamattina che i casi attesi in Trentino Alto Adige sono indicativamente 1475; questo è un dato che non si avvicina a ciò che in realtà stiamo vedendo. In ogni caso, dovremmo comunque essere più preparati ad affrontare un possibile carico di lavoro.

L'altro problema imminente è la costituzione del centro regionale di riferimento per l'ADHD: che cosa ci verrà chiesto? Saremo capaci di fare quello che noi tutti, in coscienza, sappiamo di dover fare? Le stime dicono 8, 10, 12 ore dedicate a ciascun bambino; questo è un carico di lavoro importante, molto spesso non abbiamo la possibilità di tutto questo tempo. Certo è che, se accanto al lavoro del clinico, ci sono anche quello dell'insegnante, quello del pediatra e quello della famiglia, tutti quanti alleati e attori protagonisti, verosimilmente potremmo avvicinarci allo standard richiesto.

Attualmente la NPI 1 che cosa fa? Io credo di poter dire che siamo in grado di fornire una diagnosi seguendo le linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (SINPIA) e dell'Associazione Italiana Deficit di attenzione ed Iperattività (AIDAI). È stato predisposto un nostro protocollo diagnostico di valutazione che prevede l'osservazione clinica e la raccolta di informazioni da fonti multiple, le interviste diagnostiche, le scale di valutazione dei sintomi dell'ADHD, i questionari per insegnanti e genitori. A questo si aggiunge inoltre la valutazione cognitiva e degli apprendimenti.

Sicuramente non sempre è possibile somministrare ad ogni bambino tutte le prove che abbiamo visto illustrate questa mattina!

E una volta arrivati alla diagnosi come procediamo? Quale terapia?

Ben chiara ci è la necessità di un intervento multimodale.

La consulenza agli insegnanti di ogni singolo bambino viene assicurata alla fine del percorso diagnostico.

Per il biennio formativo 2007-2009 è stata predisposta una specifica formazione sul parent-training.

Stiamo concordando la possibilità di una specifica collaborazione con l'U.O. di Psicologia al fine di garantire, per ogni caso diagnosticato, l'intervento psico-comportamentale e la riabilitazione neuropsicologica e neurocognitiva.

L'ultimo aspetto, ma non per questo meno importante, è quello dell'eventuale terapia farmacologica. Per questa evenienza abbiamo "letti tecnici" riservati in Pediatria per garantire assistenza adeguata attraverso ricoveri programmati in DH.

Concludo con qualche riflessione: la nostra priorità è stata finora di fornire informazione e formazione all'équipe di lavoro interessata (medici, neuropsichiatri infantili, pediatri di libera scelta, insegnanti) e strumenti omogenei di diagnosi attraverso la conoscenza e l'applicazione del protocollo. Riteniamo indispensabile l'attivazione di interventi multimodali ma ci interroghiamo sul controllo degli stessi in ordine di durata e continuità e sull'impossibilità attuale di poter garantire l'uniformità della rete di assistenza prevista.

Certo è che non vogliamo rischiare di ricorrere alla terapia farmacologica senza aver, oltre che attivato, anche alimentato tutti gli altri trattamenti psico-educativi non solo previsti ma dovuti ad ogni bambino in età evolutiva che ci appare difficile; dobbiamo renderci conto che spesso sono i nostri bambini a dover sopportare gli adulti che hanno la "testa altrove".

Grazie.

Stefano Calzolari

Grazie Katia, invito la professoressa Venuti, dell'Università degli Studi di Trento, ci parlerà dell'indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica

Paola Venuti

Ritengo sia importante ringraziare prima di tutto chi ha organizzato questa giornata, perché dopo i discorsi e le riflessioni fatte, si possa concepire questo incontro come un primo momento di un lavoro di rete.

Parlandovi di questa ricerca epidemiologica che sta per partire, quello che mi sembra il senso fondamentale è proprio l'aver messo insieme varie opinioni ed istituzioni diverse. Da una parte i servizi territoriali di neuropsichiatria, le famiglie, le scuole, e dall'altra l'Università di Trento, per gli aspetti della ricerca. I motivi di questa ricerca sono abbastanza chiari: esiste la necessità di avere delle conoscenze sempre più approfondite, specifiche, e relative al territorio in cui noi operiamo circa l'ADHD.

Su questo disturbo ci sono ancora tanti problemi aperti e molte cose sono state affrontate nell'ambito di questa giornata, però sappiamo che permangono ancora molte difficoltà. Ciò che rimane ancora come problematica aperta da risolvere è proprio quella di non avere una omogeneità nei lavori di ricerca che sono stati fatti. I metodi di rilevazione della sindrome, infatti, sono stati spesso diversi, come avete visto anche i metodi di trattamento sono molto differenti, gli stessi campioni utilizzati per studiare il disturbo sono spesso dissimili; per cui in qualche modo i dati epidemiologici sull'incidenza e sulla prevalenza della sindrome non sono sempre generalizzabili.

Quindi, per quanto sia possibile avere delle stime non sussiste ancora una stima adeguata della portata del fenomeno nel nostro territorio.

Consideriamo ovviamente il disturbo come un disturbo a base neuro biologica, con una possibile incidenza di tipo genetico, ma altamente condizionato e affetto anche da tutta una serie di variabili ambientali e culturali. Tutte le indagini epidemiologiche che sono state portate avanti fino ad oggi evidenziano alcune caratteristiche, che sarà interessante indagare, che parlano di una differenza di prevalenza rispetto al sesso maschile e femminile, infatti gli studi mostrano come nella sindrome sia possibile riscontrare una prevalenza per i maschi. Studi americani del 2005, rilevano un'influenza di fattori socio ambientali, per esempio la prevalenza della sindrome in particolari etnie e in classi sociali diverse. Anche in Italia sono stati compiuti un certo numero di studi; volendo fare una media rispetto ai dati che abbiamo è possibile osservare una prevalenza della sindrome attorno all'1%. È una percentuale un po' più bassa rispetto a quella che esiste negli altri Stati, e anche rispetto a quella che abbiamo sentito oggi.

In realtà il motivo per cui questi dati sono poco affidabili è proprio quello di cui parlavo prima: gli strumenti e i campioni utilizzati per rilevare la sindrome sono

molto diversi, nonostante questo si tende a mettere questi dati tutti insieme con la conseguente possibilità di fare delle generalizzazioni che non sono invece corrette e che non sarebbe nemmeno adeguato fare.

In realtà un aspetto molto importante da sottolineare, per cui io credo che questo studio abbia un'importante e buona base di partenza, è proprio il fatto che i fattori socio ambientali vanno conosciuti, principalmente per poter studiare interventi sempre più adeguati. Lo abbiamo sentito anche oggi, ma è molto importante sottolinearlo ancora, l'aspetto dei trattamenti multimodali. La conoscenza dei trattamenti multimodali, se da una parte implica la conoscenza dei singoli individui, per permettere un adattamento del trattamento al singolo individuo, dall'altra necessità anche di conoscenze più ampie, a gruppi più ampi, a territori più ampi.

La possibilità quindi di poter lavorare su zone che si conoscono meglio permette di strutturare con maggior facilità un intervento mirato. È questo uno dei motivi da cui prende il via questo studio, in cui l'obiettivo primario è quello di capire la distribuzione del disturbo; in particolar modo in questa area geografica il primo punto su cui si sta muovendo la ricerca è quello di capire come i genitori e gli insegnanti percepiscono questo disturbo.

Mi sembra importante sottolineare che la prima parte della ricerca sarà fatta attraverso dei questionari che permetteranno di rilevare come le persone, che sono maggiormente a contatto con i bambini affetti dal tale disturbo sono capaci di cogliere questo disturbo. Il passaggio successivo sarà quello di una fase di sensibilizzazione

Ma la sensibilizzazione, così come le strategie di lavoro, vanno portate molto più a fondo, in modo che alla fine ci sia la possibilità di avere delle più precise, che quindi permettano di mettere a punto degli interventi maggiormente mirati nel territorio, facendo riferimento all'incidenza della patologia, e in seguito ai confronti rispetto ad altre patologie e ad una allocazione delle risorse.

La ricerca che partirà sarà costituita da due momenti:

1. Un primo momento di approccio al problema, e di inquadramento del modello teorico e delle complessità che stanno dietro al problema.
2. Un secondo momento di sensibilizzazione, quello che è già cominciato ma che sta continuando, che è la sensibilizzazione per approfondire la conoscenza del disturbo con gli insegnanti nelle scuole. Questa fase è importante perché insegnanti e genitori sono i partner indispensabili per portare avanti la ricerca, ma lo sono anche per il successo di qualunque forma di trattamento e di intervento sul disturbo.

Il campione di questa ricerca si rivolge alla Vallagarina, vuole toccare tutti gli studenti delle scuole elementari della Vallagarina, più o meno 2000 persone. Si chiederà

a genitori e insegnanti di questi 2000 bambini di compilare lo strumento che abbiamo prescelto, che sono le scale Conners (CRS-R, Conners' rating Scales-revised, C.K. Conners, versione italiana curata da Giunti O.S. Organizzazioni Speciali), e di cui parleremo successivamente; prevedendo quindi di distribuire circa 4000 questionari, di cui ci aspettiamo la restituzione di almeno il 50% degli stessi.

Concretamente dunque secondo le nostre previsioni dovremmo riuscire ad avere 2000 questionari compilati da genitori e da insegnanti, per andare a valutare come viene percepito da queste due categorie di persone il disturbo e quindi, in qualche modo, poter procedere poi a fare delle stime di quanti sono i bambini, residenti nel distretto, che sono affetti da questa patologia.

Nel fare tutto questo lavoro ci sono due ricercatrici che hanno un'alta competenza nella somministrazione e nell'uso delle scale Conners, che saranno a disposizione per eventuali problemi nella fase di diffusione, e di distribuzione del questionario. In linea di massima diciamo che l'ipotesi che noi ci poniamo è quella di fare una seconda fase, a settembre, di sensibilizzazione nelle scuole, e successivamente di avere in ogni scuola dei momenti di diffusione dei questionari, con insegnanti e genitori.

Le scale Conners sono sicuramente uno degli strumenti più utilizzati per valutare i tassi di ADHD, sono state strutturate per essere applicate in forme diverse sia ai bambini che agli adolescenti, inoltre si sta per avere l'adattamento e la validazione dello strumento anche in italiano. Noi utilizzeremo queste scale nelle forme rivolte agli insegnanti e agli adulti.

Dello strumento è prevista una forma lunga e una breve, nella nostra indagine utilizzeremo la forma lunga in particolare nella parte rivolta agli insegnanti avremo dei questionari di 59 item, mentre nella parte rivolta ai genitori avremo dei questionari di 80 item. Questi questionari richiedono un po' di attenzione nella compilazione, però sono abbastanza agevoli e, inoltre, avendo persone disponibili a dare supporto nella somministrazione, riteniamo che la compilazione di questi potrà essere effettuata adeguatamente. Possiamo inoltre dire che il questionario è stato somministrato e ricostruito sulla base di somministrazioni a campioni molto grandi di bambini, quindi ha una sua forza, una sua "robustezza".

È vero che in letteratura esistono altri strumenti, e che ci sono vari dibattiti su questi ultimi, ma c'è stata una valutazione relativa al fatto che comunque questo questionario ha una sua validità, per cui si è ritenuto opportuno il suo utilizzo per gli scopi di questa ricerca. Un problema che noi avremo sarà quello di adattare, e di valutare i dati di questo questionario al campione di riferimento e quindi ad un campione specifico di questa zona.

Questo è un lavoro che sui questionari è sempre opportuno fare perché da una parte si hanno delle norme generali, che valgono a livello internazionale, ma che

devono essere calibrate a seconda della zona geografica in cui si intende utilizzare lo strumento. La parte di analisi dei dati sarà effettuata dal Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale dell'Università di Trento; nella parte relativa alla validità statistica, particolare importanza sarà data proprio l'aspetto di riadattamento del questionario alla zona specifica della Vallagarina.

L'analisi dei dati fornirà, delle indicazioni specifiche circa il disturbo. In particolare mostrerà quello che avviene per classi scolastiche, per genere, e per zone geografiche (nel contesto della Vallagarina). Per quanto riguarda i tempi della ricerca: si partirà a settembre con un altro corso di sensibilizzazione per gli insegnanti; ad ottobre si effettuerà la distribuzione dei questionari. Per dicembre si ipotizza di aver raccolto i questionari compilati. Sarà necessario un lungo lavoro in cui la collaborazione con gli insegnanti sarà fondamentale, proprio per la distribuzione e per la raccolta del questionario. L'analisi dei dati ci vedrà impegnati tra dicembre e i primi di gennaio, poi per la fine di febbraio la stesura di un report conclusivo che potrà essere messo a disposizione delle scuole e degli enti locali, e che vuol fornire una mappatura dei disturbi nella zona, così come vengono percepiti, da genitori e insegnanti.

Il report costituirà una base di lettura e di confronto per persone che lavorano in ambiti diversi; utile per la progettazione di interventi territoriali in cui ci si possa dividere le competenze e si possono mettere a frutto le specifiche competenze che vanno da quelle di tipo neuropsichiatrico, ambito nel quale si dovrà dedicare del tempo per degli accertamenti diagnostici più approfonditi, le competenze di tipo psicologico e di tipo pedagogico per la strutturazione successiva dei diversi piani di intervento.

In qualche modo dunque ci sembra che questa iniziativa fatta partire dal Lions Club Rovereto Host ci permetta di unificare e di rendere operativa una alleanza tra ricerca, servizi territoriali, scuola e famiglia. Permettendo poi di far scaturire a livello pratico degli interventi applicativi congeniali ad un livello diverso, ad un livello di rete, ad un livello più incisivo di trattamento del disturbo.

Discussione

Stefano Calzolari

Invito i relatori a salire sul palco per la discussione.

Mentre i relatori parlavano mi è arrivato un messaggio di un amico che è a Bologna al Convegno nazionale dell'Associazione italiana dislessia, che si sta svolgendo in questi giorni, con scritto: *"Qui dicono che la metà dei dislessici ha l'ADHD"*. Qui dicono esattamente l'opposto, che metà degli ADHD ha la dislessia.

Vorrei chiedere alla dottoressa Sanna se la nostra esperienza frequente, nei bambini che vediamo già in adolescenza, alle medie, che magari vengono inviati perché sono insopportabili, perché sono dei bulli, perché provocano danni a scuola, perché dicono chiaramente di non voler più andare a scuola, di non voler più studiare, se raccogliamo l'anamnesi, la storia, spesso si ha un profilo di un bambino che ha cominciato a non dormire di notte da piccolo, che si arrampicava dappertutto, che era sempre in movimento, cioè, a posteriori, al di là di quello che è in quel momento, viene fuori una storia di ADHD.

Si ha la sensazione che quello che diceva la dottoressa, perlomeno è la mia percezione, quando si parlava di gratificazioni sui piccoli successi che questi bambini non hanno avuto alle elementari e poi alle medie, provochi un ruolo negativo di questi ragazzi e che loro assolutamente preferiscono il ruolo negativo che il nulla. Cioè la mia sensazione è che comportarsi normalmente non sia gratificante come essere il cattivo della classe, che almeno è temuto ed è in qualche maniera rispettato. Non so se tu sai qualcosa in merito.

Giorgia Sanna

Magari senza andare per forza a considerare anche il disturbo oppositivo provocatorio, dove c'è veramente il piacere di far saltare i nervi agli altri, il piacere di infrangere le regole, nei casi in cui questo aspetto non c'è, la mia impressione – perché io ho lavorato quasi esclusivamente con i bambini ADHD per circa 10 anni – è che effettivamente alcune cose non riescano a farle se non vengono loro presentate in un certo modo.

Quindi magari anche per quanto riguarda la gratificazione, ma mi riferisco solo a una regola infranta, allora ti premio se non la infrangi, ma proprio anche cercare di dare, dall'esterno, la motivazione a fare qualcosa che è molto pesante. Per tutti i bambini fare i compiti per 2 ore è faticoso, e preferirebbero fare altro piuttosto che fare i compiti, ma come altri bambini riescono a regolare il loro comportamento, a fare i compiti, e a posticipare le altre attività, la mia impressione – e forse non solo la mia – è che questi bambini proprio non ce la facciano. Per questo motivo hanno bisogno di una serie di feedback che li motivino dall'esterno, perché per loro magari questo è più complicato.

Paola Venuti

A questo vorrei aggiungere che l'osservazione del dottor Calzolari era molto precisa, perché secondo me è molto vero che i bambini – senza sfociare nel disturbo oppositivo provocatorio – che non riescono a seguire delle traiettorie, che si sentono perennemente criticati e condizionati dal fatto di non essere capaci, a un certo punto preferiscono avere dei ruoli negativi, ma comunque di leader, piuttosto che non avere un ruolo o avere un ruolo sempre di chi non riesce. Cioè, alla scelta: *“Sono un leader negativo e quindi in qualche modo a livello sociale ho una connotazione? Oppure resto un incapace che fa sempre fatica a fare quello che fanno gli altri?”*, secondo me, siccome tra l'altro la maggior parte di questi ragazzini ha delle buone capacità cognitive, quindi ha perfettamente chiara la percezione, non rientra nel disturbo oppositivo, quindi non rientra nel provare piacere, ma rientra nell'assumere un ruolo che comunque è un ruolo e secondo me è questo uno dei motivi per cui è importantissimo l'intervento a livello di scuola elementare, a livello precoce. Perché lì si va a costruire l'immagine di sé nella relazione sociale e di sé come scolaro.

È lì che noi possiamo cambiare, laddove l'insegnante capisce che non è un bambino che non si impegna, è disattento, è troppo vivace, ma è un bambino che ha dei problemi strutturali, che deve seguire dei percorsi diversi, perché se no non farà mai un recupero e non ce la farà.

Stefano Calzolari

Domande del pubblico?

Pubblico

Io ho una domanda: mi ha colpito quello che ha detto la dottoressa Sanna sul fatto che alcuni di questi bambini, in circostanze individualizzate, di confronto a tu

per tu per esempio, in situazioni particolari, possono dare il meglio di sé e quindi la diagnosi può non essere facile da fare. Vorrei un chiarimento su questo, perché potrebbe mettere in discussione la reale diagnosi. Ci sono bambini che hanno un comportamento che farebbe pensare: *“È un bambino con queste caratteristiche”* e poi la diagnosi non viene confermata. Forse può essere in gioco anche questo fatto? Se un bambino magari preso da grande, che ha già una sua capacità, una sua competenza, magari un bambino anche intelligente, riesce a sfruttare delle risorse che permettono di mascherare i suoi reali problemi.

E poi una seconda domanda, che forse è più un'osservazione: al di là di questo giustissimo obbligo di conoscere, chiarire, non dico di etichettare, ma di fare diagnosi corretta, che è un presupposto fondamentale per un corretto trattamento, rimane comunque il grosso problema dei bambini difficili, come diceva la dottoressa Rocchetti. Bambini che magari non sono perfettamente inquadrabili, oppure che hanno delle caratteristiche di una cosa, di un'altra, che non sono facilmente definibili, e sono tanti. Parlo della mia esperienza di pediatra e anche di madre, che ha avuto figli quindi penso anche alle classi che hanno frequentato i miei figli. Penso che ci fossero almeno due o tre bambini – magari uno poteva avere problemi più grossi – che avrebbero sicuramente giovato di un intervento più preparato, di una scuola più informata, di un lavoro d'équipe e che adesso sono grandi e sono andati perduti, prima di tutto dal punto di vista scolastico, ma anche con grosse problematiche comportamentali. Ne ho presenti due o tre, per i quali sicuramente tutti noi, alla luce di queste conoscenze, di queste cose dette oggi, dobbiamo fare un grosso esame di coscienza, perché per questi bambini si è fatto veramente poco.

Giorgia Sanna

Per quanto riguarda la domanda che ha fatto, vorrei sottolineare che io sono una pedagogista e quindi io non faccio diagnosi, io collaboro con il professor Zuddas e mi occupo di fare una serie di valutazioni, per cui magari vorrei che i neuropsichiatri aggiungessero qualcosa rispetto alla diagnosi, rispetto alla percezione del bambino alla prima visita, al primo appuntamento. Non si basa solo su quello, perlomeno non solo.

Un bambino viene visto più volte. Io in genere mi occupo di fare delle valutazioni sullo stato degli apprendimenti e di contattare gli insegnanti per sapere cosa succede tutti i giorni a scuola. Quindi non ci si basa solo sull'impressione del bambino durante tre quarti d'ora, un'ora, un'ora e mezza, anche due o tre volte, ma si sentono quasi sempre le persone importanti, le figure di riferimento che entrano in contatto con il bambino, quindi si ha poi un quadro completo, non parziale.

L'aspetto che io ho indicato, che nel rapporto uno a uno, in situazioni strutturate, riescono a dare il meglio di sé, riescono a lavorare per più tempo, è importante per quanto riguarda l'importanza della struttura, dell'organizzazione del lavoro e dei feedback frequenti, perché ovviamente nel rapporto uno a uno si possono dare feedback molto più frequenti che non in una classe, dove invece dobbiamo lavorare con 15-20 bambini. Non so se riguardo alla diagnosi vuole aggiungere qualcosa...

Katia Rocchetti

Credo sia vero che è impossibile che ci sfugga. La prima volta, molto spesso, al primo ingresso in ambulatorio, il bambino appare di fatto tranquillo, attento e anche giudizioso nelle proposte che noi facciamo. Poi è un'escalation, dalla seconda, alla terza, alla quarta volta. Questo, unito all'importanza fondamentale di sentire le famose fonti multiple, non ci passa inosservato.

Vorrei aggiungere una cosa fondamentale, secondo me, a proposito di una diagnosi tempestiva e precisa. Abbiamo capito oggi che bisogna essere molto raffinati. Dobbiamo essere insieme. Allora dico che anche l'invio alla Neuropsichiatria è molto importante, la modalità dell'invio, perché si possa fare una buona valutazione, dobbiamo avere dei genitori motivati e dobbiamo avere un bambino che non è già un leader negativo, non è già portato dai genitori con l'exasperazione del dire: *"La scuola non sa più cosa fare, noi non sappiamo più cosa fare"*. Nell'idealità dell'intervento sarebbe opportuno avere dei genitori che vengono inviati anche preparati dalla scuola, affinché al servizio si possa arrivare con l'idea di conoscere meglio la situazione, approfondire e magari fare una diagnosi.

A volte succede che il genitore arrivi in modo ostile, *"Mi hanno mandato"*, mentre il genitore cerca un'alleanza nel neuropsichiatra, come a dire: *"Adesso tu mi fai una diagnosi, mi fai una valutazione, in modo che io posso dire alla scuola che il mio bambino è a posto, o che io, genitore, sono a posto"*.

Questo non è un buon clima di lavoro, certamente. Già su questo invio credo si possa lavorare e possiamo mettere le basi per un buon intervento futuro.

Stefano Calzolari

Aggiungo solo ancora una cosa. I pediatri saranno molto coinvolti in questa storia, nell'iter, perché teoricamente loro dovrebbero inviare ai servizi di Neuropsichiatria infantile dopo avere escluso altre possibili cause che fanno vedere un disturbo dell'attenzione non primitivo, per esempio l'ipertiroidismo, altre situazioni genetiche o quanto possa causare un deficit di attenzione, un comportamento iperattivo, ma non

una vera ADHD. Quindi ci dovrebbe già essere un invio appropriato da parte possibilmente del pediatra e poi della scuola.

Pubblico

Buonasera, io vorrei fare una considerazione. Sono state dette tante cose belle e sono state fatte delle proposte. Però, per noi genitori che abbiamo questi bambini e che non sappiamo quale sarà il loro futuro, perché noi come genitori ci impegniamo, gli insegnanti ci stanno dando una mano il più possibile, però molte volte, in una classe di 15-20 bambini troviamo un bambino dislessico, un bambino con disturbo di ADHD e gli insegnanti obiettivamente fanno fatica a seguirli. Io vorrei chiedere se in altri Paesi, fuori dall'Italia, ci siano dei centri o delle scuole alternative per questi bambini. Sono bambini con tante risorse artistiche, canore, di tutti i tipi, sono bambini che hanno disturbi per quanto riguarda l'attenzione, l'iperattività, però sono anche bambini pieni di risorse interiori. Purtroppo la scuola italiana non tira fuori le risorse che hanno i bambini, vedi anche l'ora di educazione fisica sempre minore, l'ora artistica sempre più scarsa. Loro non riescono più a tirare fuori quello che avrebbero dentro da esprimere.

Per questo chiedo: non ci sarà in futuro possibilità di creare dei centri, delle strutture, delle scuole alternative per bambini non solo ADHD ma anche con disturbi dell'età evolutiva diversi, con dislessia, discalculia eccetera? Grazie.

Giorgia Sanna

Sicuramente ci sono delle scuole. Negli Stati Uniti c'è una scuola per bambini ADHD. Ho letto un lavoro fatto da una psicologa italiana che è andata per un periodo a vedere come funzionava questa scuola. Però, dal resoconto, più che una scuola alternativa, è una scuola con delle regole molto ben strutturate e molto rigide. Questo poi non vuol dire rigidità anche nell'approccio col bambino, in senso lato, ma dove si mettono in pratica tutte le regole, tutte quelle strategie di tipo comportamentale che magari qui vengono un po' più lasciate alla sensibilità dell'insegnante. Probabilmente ne esiste più di una e probabilmente anche con impostazioni anche differenti, questa è l'unica di cui posso riferire, non ne conosco altre.

Stefano Calzolari

Esistono in paesi anglosassoni delle scuole speciali per bambini con difficoltà di apprendimento in genere. La scelta italiana sapete essere diversa. Io personalmente penso sia più valida la nostra, comunque sicuramente in Italia non esistono.

Paola Venuti

Io vorrei solamente sottolineare che la scelta italiana di non avere le scuole speciali è un'ottima scelta a livello della complessità del bambino. Forse ciò che è necessario è avere una sensibilità maggiore e dare agli insegnanti delle indicazioni precise su come intervenire e come trattare una serie di disturbi dell'età evolutiva su cui ancora c'è del lavoro da fare.

Io credo che nella scuola italiana ci sia ancora del lavoro da fare. Questi convegni e questi momenti sono una parte di questo lavoro. Non voglio rallentare questo lavoro, però starei molto attenta a parlare di centri specifici, piuttosto si può pensare a delle attività in più, altri momenti, a delle indicazioni. Però a livello sociale l'integrazione è un bene veramente prezioso, che ci dobbiamo tenere, perché è un punto in avanti della nostra società.

Stefano Calzolari

Domande del pubblico?

Pubblico

Vorrei chiedere notizie del farmaco. Sono un'infermiera, ma anche una mamma. L'ho sentito nominare prima e c'è anche nel nostro questionario di valutazione, nelle prime domande. Il farmaco è un'ultima spiaggia? E quali effetti ha? Non ne è stato parlato dettagliatamente.

Stefano Calzolari

Visto che Masi e Zuddas sono ancora qui li inviterei a salire sul palco, perché sono le persone più esperte su questo argomento.

Gabriele Masi

Il discorso sul farmaco è molto complicato. Sicuramente il farmaco è una scelta che riguarda e riguarderà una percentuale estremamente ridotta di ragazzini. La terapia vera l'avete sentita durante tutta la giornata, è una terapia centrata sulla gestione della famiglia, della scuola, dell'ambiente, delle relazioni sociali e dell'interiorità di questi ragazzini che bene non stanno. Tanto peggio stanno se noi stiamo a guardarli e non diciamo nulla oppure diciamo: *"Sei solo un vagabondo"* eccetera.

Alcuni ragazzini, dopo aver fatto questo tipo di trattamento, che è un trattamento non farmacologico, non hanno un progresso accettabile. Oppure ci sono ragazzini che hanno una sintomatologia di una tale intensità da rendere questi interventi molto più complicati, posso avere un bravissimo insegnante, un bravissimo psicoterapeuta, uno psicologo bravissimo, ma se il ragazzino ha uno span di attenzione di 5 minuti e riesce a star fermo non più di 40 secondi, indubbiamente le mie capacità saranno molto limitate.

Questa è una seconda possibilità nella quale il farmaco non è l'elemento curativo ma è un supporto, perché gli elementi di cambiamento strutturali possano realizzarsi. Il punto non è farmaci sì oppure farmaci no, il punto è se noi siamo in grado di individuare una struttura, non a parole ma nei fatti, che consenta alla stragrande maggioranza dei ragazzini con ADHD e a tutti gli altri ragazzini di non avere un'invasione di Ritalin, quale quella che c'è negli Stati Uniti, ma dall'altra parte salvaguardare i diritti di una minoranza di ragazzini che senza quello strumento non possono avere una cura adeguata, cioè non possono avere la cura che ogni bambino – sottolineo europeo – ha ormai da anni.

Noi tutti sappiamo qual è la realtà americana, però io mi chiedo se qualcuno di voi sappia qual è la realtà francese. Sui giornali tutti leggiamo della situazione da tenere molto ben presente e da evitare, che è la situazione americana, dove ci sono 1-2% di ragazzini che prendono farmaci. Qualcuno di voi sa qual è la situazione del Ritalin in Francia? In Francia la percentuale di ragazzini diagnosticati, come dicevo questa mattina, è dell'1%, 90.000. Di questo 1%, il 9%, quindi meno di un ragazzino su 10, prende il farmaco. Cioè il 91% dei ragazzini con ADHD in Francia non è trattato farmacologicamente, il 9% sì.

Non so se siano tanti o pochi. Comunque la stessa situazione c'è in Italia per gli antidepressivi. Gli antidepressivi, nel picco massimo della loro utilizzazione, nell'età evolutiva, sono stati utilizzati nel 2-3 %, solo la depressione ha 12% nei bambini e 4-6% negli adolescenti. Queste sono stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Vuol dire che in Italia uno su 20, un ragazzino depresso su 20 prende il farmaco e quando parlo di questi ragazzini, intendo un gruppo i cui tre quarti sono tra i 14 e i 18 anni. Quindi quando si parla di psicofarmaci e bambini, antidepressivi e bambini, Ritalin ai bambini, questi sono i numeri.

Questo vuol dire che sulla depressione tra i 6 e i 14 anni probabilmente, a dire tanto, ci sarà un ragazzino su 30 che prende un antidepressivo, forse sono troppi, può darsi qualcuno pensi che siano troppi, probabilmente qualcuno penserà che siano pochi, questa comunque è la realtà italiana. In Europa è come vi ho detto. Certamente dobbiamo avere molto ben presente la situazione americana.

Concludo dicendo questo: in Italia c'era questo principio, di salvaguardare i diritti dei più a non essere ritalinizzati e salvaguardare il diritto dei pochi a riceverlo. È stato proposto, e poi accettato, un sistema – che è il sistema dei centri di riferimento, di cui probabilmente avrete già parlato – che è un collo di bottiglia, che rallenterà molto, però ci consente di avere, momento per momento, giorno per giorno, pubblicamente, in Italia, una conoscenza su quanti sono i ragazzini che prendono il Ritalin, quanto erano gravi quando sono entrati, quanto sono migliorati e tutti gli effetti collaterali che hanno avuto. Questo è un dispositivo, un registro, utile per il Ritalin, ma che potrebbe e potrà essere utile per tutti quei farmaci che potranno essere usati nei disturbi dell'età evolutiva. È un dispositivo che non c'è da nessun'altra parte del mondo e ci consente un monitoraggio reale ed eventualmente un controllo e delle correzioni in corsa.

Tra “farmaci sì” – tanto il cervello è come il fegato – oppure “farmaci no”, come dicono i ragazzi qui fuori,¹ opposizione legittima, nel mezzo si può cercare di trovare un terreno su cui cercare di esercitare una forma di controllo reale. Secondo me questa è una piattaforma su cui poter discutere, senza fare battaglie di religione.

Stefano Calzolari

Credo il discorso sia anche etico, perché l'etica non è soltanto obbedire a delle leggi che ci vengono imposte, ma è anche mettersi nei panni degli altri. Se quel bambino ha bisogno del farmaco, cosa è etico? Non darlo oppure aiutarlo?

Credo che dobbiamo terminare qua, vi ringrazio e chiedo alla dottoressa Bronzini, psicologa, psicoterapeuta e coordinatore della Società italiana di medicina psicosomatica, nonché vicepresidente del Lions Club Rovereto Host, di dare il saluto conclusivo.

Giovanna Bronzini

Spetta a me concludere questa eccellente giornata e mi spetta nella doppia veste professionale e istituzionale. Dal punto di vista professionale non posso che essere felice della rete che si è creata e della valutazione che è stata fatta di questo disturbo, su più piani, senza medicalizzarlo e senza psicologizzarlo, perché spesso il rischio è quello di vedere i problemi solo da un punto di vista, dimenticando tutte le interazioni che, quando c'è un problema complesso, dobbiamo tenere presenti.

¹ All'esterno del complesso che ospitava il convegno era in corso una manifestazione di giovani volta a stigmatizzare l'abuso di psicofarmaci nei minori (nota del curatore).

Vorrei fare un particolare ringraziamento al dottor Barone perché ha detto una cosa con il cuore, che credo sia quella che debbano portare avanti ogni ricerca e ogni intervento, specialmente sui bambini. Ha detto che quando abbiamo davanti un bambino con un disturbo siamo noi che ci occupiamo di Mario e non dobbiamo mai dimenticare che la nostra mediazione, che siamo medici, psicologi, insegnanti, è fondamentale per far sì che ci occupiamo di una persona che ha un disturbo e non di un disturbo che poi viene separato dalla persona. Ringrazio perché l'ha detto con il cuore e credo che dobbiamo ricordarlo sempre tutti, quando ci occupiamo di altri.

In questo periodo questo è soprattutto particolarmente importante perché la parcellizzazione e la specializzazione sempre più dettagliata rischiano di farci perdere il bambino, la persona nella sua totalità. L'eccellenza della giornata non occorre sia sottolineata, perché tutti ne siamo consapevoli, tutti abbiamo percepito lo spessore dei relatori, dell'organizzazione, della qualità degli interventi.

Credo l'importanza fondamentale sia quella di aver creato una rete, solo se lavoriamo in rete di fronte degli eventi così complessi, a dei fenomeni così complessi, possiamo avere uno strumento in più per intervenire. È stata creata una rete tra l'azienda provinciale, le scuole, l'università e il territorio. Ciò che mi fa ulteriore piacere e che a creare questa rete, a far partire questo volano, sia stato il Lions Club Rovereto Host, che io in questo momento rappresento, portando anche i saluti del Presidente, dottor Castellani, che è impossibilitato a essere qui oggi.

A nome di tutto il Club devo ringraziare con calore l'amico Fulvio Campolongo che è stato l'ideatore, l'anima, il promotore, il lavoratore di questa iniziativa. Di questo gli siamo tutti grati e riconoscenti.

Ringrazio tutti i relatori che hanno portato qui oggi la loro professionalità, la loro esperienza, ringrazio i dirigenti scolastici che hanno dato fiducia a questa iniziativa e ringrazio gli insegnanti che hanno colto questa occasione di aggiornamento. Io vengo dal mondo della scuola e sono stata molto felice di trovare qui i miei colleghi di quando insegnavo che si sono dichiarati soddisfatti di questo percorso, di questa iniziativa, tutti quelli che hanno colto l'occasione di aggiornamento su questo argomento estremamente difficile che è l'ADHD.

Non finisce qui. Questo deve essere un volano che è iniziato, che prosegue, per portare a termine questo tipo di percorso. Spero che il mio Club, il Club Service, che ha come obiettivo proprio quello di creare strategie di servizio sociale, possa intervenire in altri ambiti e in altri campi in futuro.

Grazie a tutti.

I Corsi

Introduzione

Fulvio Campolongo, Giorgia Sanna

I corsi per insegnanti, denominati "Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) visto dalla scuola", sono stati presentati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti in un incontro svoltosi il 27 ottobre 2006 presso le scuole Regina Elena di Rovereto.

L'Assessorato all'Istruzione e alle Politiche giovanili della Provincia Autonoma di Trento ha inserito i corsi per insegnanti nel programma di aggiornamento del personale docente per l'anno 2007.

Le quattro edizioni si sono svolte in aprile e ottobre del 2007 e sono state interamente finanziate dall'Assessorato all'Istruzione e alle Politiche giovanili.

I lavori hanno visto la partecipazione di circa 150 insegnanti provenienti da diverse Scuole della città e paesi circostanti.

Le attività con i docenti sono state tenute da Fabio Bazzoli, Neuropsichiatra Infantile del Servizio territoriale di Rovereto, da Giorgia Sanna, pedagoga e da Francesca Campolongo, psicologa.

Il programma del corso era così strutturato:

I PARTE

- Presentazione dello studio sull'ADHD "La testa altrove": scopi, modalità, tempi e strumenti d'indagine.
- Cos'è l'ADHD e come si manifesta: comprensione del problema.
- Aspetti neuropsicologici dell'ADHD.
- Comportamenti problema: quali effetti in classe.

II PARTE

- Gestione del lavoro scolastico: attività e strategie didattiche.
- CHILD TRAINING: il bambino impara a pianificare e risolvere i problemi scolastici e interpersonali.
- L'INSEGNANTE: il rapporto con il bambino, la famiglia ed i servizi.

Ai partecipanti è stato distribuito materiale di supporto al corso:

- studio sull'ADHD "La testa altrove" (slides);
- cos'è l'ADHD e come si manifesta (slides);
- l'ADHD (testo);

- aspetti neuropsicologici dell'ADHD;
- organizzazione dell'ambiente e delle attività (slides);
- cosa può fare la scuola per i ragazzi con ADHD (slides);
- interventi sul comportamento (slides);
- lettera presentazione per insegnanti/questionario per insegnanti;
- lettera presentazione per genitori/questionario per genitori;
- libretto "Bambini con disattenzione e iperattività. Note per gli insegnanti" a cura di A.I.D.A.I. (in *Appendice*)

Il corso si poneva, tra gli obiettivi principali, quello di informare sulle caratteristiche del Disturbo e sulle strategie di tipo educativo da adottare in ambito scolastico nell'interazione con i bambini iperattivi e inattenti.

Si è in particolare riflettuto sul fatto che la maggior parte dei bambini possono apparire molto movimentati, un po' distratti ed essere un po' irruenti in alcune circostanze, ma quando queste difficoltà sono la caratteristica dominante del comportamento, con gravi ripercussioni negative sulla resa scolastica e la socializzazione, allora si parla di un vero e proprio disturbo, appunto l'ADHD.

I bambini con ADHD non sono i bambini vivaci, che a volte disturbano, ma sono dei bambini che a scuola passano molto tempo fuori dalla classe, che non vengono coinvolti nei giochi perché non riescono a rispettare le regole e i compagni ne hanno paura: sono bambini che vengono espulsi dalle attività sportive perché incapaci di inserirsi in modo adeguato nelle attività di gruppo rispettando i tempi di lavoro e i turni nell'ambito delle attività.

La conseguenza di questi disagi è che il rapporto con genitori, formatori e gruppo dei pari è basato essenzialmente sul rimprovero, sull'umiliazione e l'esclusione dalle attività quotidiane.

L'importanza dell'attività con i docenti è stata proprio quella di chiarire come, i bambini con questo tipo di disturbo, elaborano in maniera differente gli stimoli ambientali e come, partendo da questo presupposto, i bambini con ADHD possono essere aiutati mediante un'adeguata strutturazione e organizzazione dell'ambiente in cui vivono.

I bambini con ADHD spesso hanno difficoltà di inibizione del comportamento e delle risposte automatiche, mostrando comportamenti impulsivi, con la conseguenza che non riescono a generare risposte adeguate all'ambiente.

Per risolvere un compito o affrontare una situazione complessa è necessario considerare gli stimoli e le informazioni utili allo scopo e pianificare una possibile soluzione.

La difficoltà di pianificazione e controllo dei propri comportamenti e delle risposte all'ambiente fanno sì che i bambini con ADHD manchino di *savoir faire* sociale che gli consente di modulare le relazioni interpersonali, ricevere gratificazioni ed integrarsi socialmente con i coetanei e gli adulti. Ciò causa frequentemente senso di inadeguatezza, bassa autostima, bassa soglia alle frustrazioni.

Il ruolo della famiglia e della scuola nella gestione di tali sintomi è cruciale: gli interventi mirano a favorire la comprensione delle modalità di interazione con il bambino e l'acquisizione di maggiori competenze educative e relazionali; inoltre la ripetizione nel tempo di attività piacevoli di collaborazione tra genitore-bambino e insegnante-bambino può essere un valido mezzo a disposizione dell'adulto per poter condividere interessi comuni, e per poter sperimentare un rilassante clima di interazioni positive, utile anche per cancellare il segno dei conflitti trascorsi.

Sulla base di quanto sopra esposto appare evidente come gli interventi psicoeducativi sul bambino abbiano lo scopo di insegnargli a riconoscere i problemi, generare soluzioni alternative, pianificare procedure (problem solving) per risolvere le situazioni critiche.

Nelle strategie di autoregolazione risulta determinante acquisire un dialogo interno che li guidi alla soluzione delle situazioni problematiche, auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto in grado di sostituire gli atteggiamenti impulsivi e aggressivi.

Infatti, prescindendo da un approccio conoscitivo sul disturbo e sulle caratteristiche sottostanti di questi bambini ogni intervento educativo e ogni provvedimento in termini didattici o di gestione comportamentale può risultare vano.

Per contro la conoscenza di questi elementi può aiutare a capire il perché di determinati comportamenti e il perché siano utili interventi di tipo educativo che suggeriscono agli insegnanti di strutturare e organizzare le attività in modo routinario, di scomporre i compiti complessi in azioni semplici e di concordare piccoli premi ed incentivi dopo brevi sessioni di lavoro svolte con impegno.

In generale l'atteggiamento degli insegnanti verso il bambino disattento/iperattivo ha un forte impatto sulla modificazione del suo comportamento. L'intensità e la persistenza dei comportamenti risentono notevolmente delle variabili ambientali e di come il bambino si sente accettato e aiutato di fronte alle difficoltà.

Ponendo l'attenzione su questi presupposti, i contenuti del Corso affrontati in un'ottica pluridisciplinare si sono focalizzati sulla presentazione e discussione degli aspetti principali da considerare nella gestione di manifestazioni comportamentali problematiche, frequenti cadute attentive e difficoltà di organizzazione dei compiti.

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività

Fabio Bazzoli

SLIDES

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD)

SINTOMI PRIMARI

Elementi che identificano il disturbo

- DEFICIT DI ATTENZIONE
- IPERATTIVITÀ
- IMPULSIVITÀ

INATTENZIONE

CARATTERIZZATA DA:

- Facile distraibilità (scarsa cura per i dettagli, incapacità a portare a termine i compiti e le attività).

I BAMBINI:

- sembrano sempre distratti come se stessero pensando ad altro;
- evitano di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari o abilità organizzative;
- perdono frequentemente oggetti o dimenticano attività importanti

IMPULSIVITÀ

CARATTERIZZATA DA:

- Difficoltà a organizzare azioni complesse, con tendenza al cambiamento rapido da un'attività a un'altra;
- Difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo;
- Tale impulsività è generalmente associata ad iperattività.

IPERATTIVITÀ

CARATTERIZZATA DA:

- Difficoltà a stare fermi;
- Irrequietezza motoria (se seduti si muovono con mani e piedi);
- Vengono definiti come 'mossi da un motorino' e la loro iperattività non è finalizzata;
- Sensazione interna di tensione, pressione e instabilità che deve essere scaricata.

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività secondo il DSM-IV

A. Sei o più sintomi di Inattenzione (A1) o di Iperattività/Impulsività - (A2) presenti per almeno 6 mesi.

Sintomi di Inattenzione (A1).

1. Scarsa cura per i dettagli, errori di distrazione.
2. Labilità attentiva.
3. Sembra non ascoltare quando si parla con lui/lei.
4. Non segue le istruzioni, non porta a termine le attività.
5. Ha difficoltà a organizzarsi.
6. Evita le attività che richiedano attenzione sostenuta (compiti etc.).
7. Perde gli oggetti.
8. E' facilmente distraibile da stimoli esterni.
9. Si dimentica facilmente cose abituali.

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività secondo il DSM-IV

Sintomi di Iperattività / Impulsività (A2).

Iperattività

1. Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia.
2. In classe si alza spesso anche quando dovrebbe star seduto.
3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe.
4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente.
5. Sempre in movimento, come "attivato da un motorino"
6. Parla eccessivamente.

Impulsività

7. Risponde prima che la domanda sia completata.
8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno.
9. Interrompe o si intromette nelle attività di coetanei o adulti.

Il Disturbo da Deficit Attentivo Con Iperattività secondo il DSM-IV

- B. Esordio prima dei 7 anni di età
- C. Disturbo presente in almeno due situazioni (scuola, casa, lavoro, gioco, etc.)
- D. Compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico, occupazionale.

Specificare se:

- ADHD tipo prevalentemente Inattentivo (ADHD-I)
- ADHD tipo prevalentemente Iperattivo impulsivo (ADHD-HI)
- ADHD tipo Combinato (A1+A2) (ADHD-C).

DISTURBO O NORMALITÀ?

- Tutti i bambini possono presentare, in determinate situazioni, alcuni dei comportamenti descritti.
- Qualsiasi bambino (e la gran parte degli adulti) TENDE a distrarsi e a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive e/o passare da un'attività all'altra e muoversi continuamente ma questo non significa necessariamente avere il disturbo.

LA NORMALE IPERATTIVITÀ E INSTABILITÀ ATTENTIVA DI PER SÈ NON DETERMINANO UNA COMPROMISSIONE FUNZIONALE SIGNIFICATIVA

DISTURBO O NORMALITÀ?

I SINTOMI CARDINE DEL DISTURBO:

- inattenzione – impulsività - iperattività

devono essere presenti in almeno 2 CONTESTI (casa, scuola, ambienti di gioco), nella gran parte delle situazioni QUOTIDIANE (lezione, compiti a casa, a tavola, con i genitori e i coetanei, ecc.) e COSTITUISCONO LA CARATTERISTICA COSTANTE DEL BAMBINO.

Sono causati da difficoltà oggettive dell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.

DISTURBO O NORMALITÀ?

Per valutare la pervasività dei sintomi di inattenzione-iperattività-impulsività l'aspetto fondamentale da considerare è che il funzionamento globale del bambino sia:

SIGNIFICATIVAMENTE COMPROMESSO A SCUOLA, IN FAMIGLIA E/O NELLE INTERAZIONI SOCIALI.

MANIFESTAZIONI DEL DISTURBO

I bambini con ADHD mostrano un rapido livello del raggiungimento di stanchezza e noia che si evidenzia con:

- frequenti spostamenti da un'attività all'altra;
- perdita di concentrazione;
- incapacità di portare a termine qualsiasi attività protratta nel tempo;

MANIFESTAZIONI DEL DISTURBO

Nella maggior parte delle situazioni i bambini con ADHD hanno difficoltà a controllare i propri impulsi e a posticipare una gratificazione.

Non riescono a:

- riflettere prima di agire;
- aspettare il proprio turno;
- lavorare per un premio lontano nel tempo anche se consistente.

MANIFESTAZIONE DEL DISTURBO NELLE DIVERSE FASCE D'ETÀ

ETÀ PRESCOLARE:

- Disturbi del sonno
- Disturbi della condotta con scoppi d'ira
- Comportamento oppositivo o aggressivo
- Mancanza del senso del pericolo
- Frequenti lesioni accidentali

MANIFESTAZIONE DEL DISTURBO NELLE DIVERSE FASCE D'ETÀ

ETÀ SCOLARE:

- Disattenzione e impulsività
- Difficoltà scolastiche
- Iperattività
- Evitamento di compiti prolungati
- Comportamento oppositivo-provocatorio

MANIFESTAZIONE DEL DISTURBO NELLE DIVERSE FASCE D'ETÀ

ETÀ ADOLESCENZIALE:

- Disturbo dell'attenzione:
 - difficoltà scolastiche
 - di organizzazione della vita quotidiana (pianificazione)
- Possibile riduzione del comportamento iperattivo (sensazione soggettiva di instabilità)
- Instabilità scolastica, lavorativa, relazionale
- Condotte pericolose
- Disturbi depressivo-ansiosi

POSSIBILI EVOLUZIONI

- 35%: superamento dei sintomi, prestazioni scolastiche talvolta < ai controlli.
- 45%: permanenza dei sintomi attentivi (impulsivi?), attenuazione iperattività, crescente compromissione emotiva e sociale
- 20%: permanenza della sindrome, disturbi comportamentali e di adattamento sociale

LA DIAGNOSI DI ADHD

E' essenzialmente clinica, si basa sulla osservazione clinica e sulla raccolta di informazioni fornite dai genitori e da persone vicine al bambino come educatori ed insegnanti.

Non esistono test specifici per la diagnosi dell'ADHD: i test neuropsicologici e le scale di valutazione sono utili per misurare la severità del disturbo e seguirne l'andamento nel tempo e per escludere altre psicopatologie.

LA DIAGNOSI DI ADHD

Quando si sospetta che un bambino possa essere affetto da ADHD occorre:

1. Raccogliere informazioni da fonti multiple.
2. Colloqui con il bambino per verificare la presenza di disturbi associati.
3. Valutare le capacità cognitive, l'apprendimento scolastico, le capacità attentive, di pianificazione e di autocontrollo.
4. Effettuare l'esame medico e neurologico, valutando la presenza di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali terapie in atto.

La scuola e l'ADHD¹

Giorgia Sanna

Quanto segue riporta i principi e le strategie di gestione argomentate e discusse con i docenti durante l'attività di aggiornamento.

COME SI POSSONO AIUTARE I BAMBINI CON ADHD?

La terapia per l'ADHD si basa su un approccio multimodale che combina interventi psicosociali con terapie mediche. I genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino devono sempre essere coinvolti nella messa a punto di un programma terapeutico, individualizzato sulla base dei sintomi più severi e dei punti di forza identificabili nel singolo bambino. Una maniera di concettualizzare il piano di trattamento è quello di considerare i sintomi cardine di inattenzione, impulsività ed iperattività come gestibili mediante la terapia farmacologica, che si dimostra efficace in circa il 90% dei casi; i disturbi della condotta, di apprendimento e di interazione sociale richiedono invece interventi psicosociali ambientali e psicoeducativi centrati sulla famiglia, sulla scuola e sui bambini.

Gli interventi psicoeducativi: come modificare i comportamenti problematici e insegnare l'autocontrollo

Se si considera come funziona il cervello dei bambini con ADHD appare evidente come un intervento psicoeducativo razionale debba basarsi su tecniche comportamentali, cognitive e metacognitive, messe in atto sia in situazioni di gioco e che in attività di tipo scolastico, focalizzate su:

- *Problem solving*: riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la procedura per risolvere il problema, ecc..
- *Autoistruzioni verbali* al fine di acquisire un dialogo interno che guidi alla soluzione delle situazioni problematiche.
- *Stress inoculation training*: indurre il ragazzino ad auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stres-

¹ Il testo e i riferimenti riportati sono tratti dal testo di A. Zuddas, B. Ancilletta e P. Cavolina, *Che cos'è l'ADHD? Manuale minimo per genitori ed insegnanti*, Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale, Cagliari 2000.

santi, e successivamente aiutarlo ad esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto. La acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi e aggressivi.

Specie con bambini più piccoli l'apprendimento delle procedure di problem solving e la loro interiorizzazione può essere resa più agevole da tecniche più strettamente comportamentali:

Premi e punizioni

Mediante le tecniche del “condizionamento operante” è possibile ridurre gli atteggiamenti negativi e aumentare quelli positivi pianificando e producendo opportune conseguenze (rinforzi o punizioni) ai comportamenti del bambino. I comportamenti soggetti a rinforzo (premi e/o gratificazioni) solitamente riguardano lo svolgimento del compito, l'esecuzione delle attività assegnate, l'uso di efficaci strategie cognitive e il controllo dei propri impulsi: i comportamenti che determinano la perdita di rinforzi ed eventualmente l'utilizzo di punizioni, riguardano generalmente le manifestazioni di oppositività, la distruttività o l'impulsività. I bambini richiedono frequenti e immediati informazioni di ritorno (feedback) sulla accettabilità dei loro comportamenti. Solitamente, e specie con i bambini in età scolare, si utilizzano sistemi a gettoni o a punti soprattutto all'interno di contesti controllati come la classe, con perdita di punti qualora il bambino non rispetti determinate e regole precedentemente concordate.

Bisogna però tenere presente che i rinforzi e le punizioni possono perdere rapidamente il loro potere e quindi vanno gestite e accuratamente selezionate. È importante inoltre ricordare che se si vogliono ottenere dei miglioramenti nel comportamento del bambino è meglio dispensare più premi che punizioni e che la rapidità della gratificazione o punizione è in genere molto più importante della loro entità o intensità. È più utile dire immediatamente “Benissimo, sei stato bravissimo”, piuttosto che “Bene, domani ti regalerò una torta gelato” Nei bambini in genere, in quelli iperattivi ancora di più, il tempo è molto più rapido che per gli adulti: “domani” è talmente lontano nel tempo da far spesso perdere qualsiasi interesse per la ricompensa.

Strutturare l'ambiente

I bambini con ADHD possono essere aiutati strutturando e organizzando l'ambiente in cui vivono in un ambiente più strutturato e ben organizzato. Genitori e

insegnanti possono anticipare gli eventi al posto loro, scomponendo i compiti futuri in azioni semplici e più immediate e offrendo piccoli premi e incentivi.

È importante che genitori e insegnanti siano (o divengano) dei buoni osservatori: devono imparare ad analizzare ciò che accade intorno al bambino prima, durante e dopo il loro comportamento inadeguato o disturbante e a rendere comprensibili al bambino il tempo, le regole e le conseguenze delle azioni. Tutto ciò al fine di permettere ai bambini iperattivi di ampliare il proprio repertorio interno di informazioni, regole e motivazioni.

Per aiutare un bambino con ADHD genitori e insegnanti dovrebbero acquisire le seguenti *abilità*:

1. Incrementare il numero di interazioni positive con il bambino.
2. Dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta a comportamenti positivi del bambino.
3. Ignorare i comportamenti lievemente negativi.
4. Aumentare la collaborazione dei figli usando comandi più diretti, precisi e semplici.
5. Prendere coerenti provvedimenti per i comportamenti inappropriati del bambino.

Nel breve termine gli interventi comportamentali possono migliorare le abilità sociali, le capacità di apprendimento e spesso anche i comportamenti disturbanti; generalmente risultano però meno utili nel ridurre i sintomi cardine dell'ADHD quali inattenzione, iperattività o impulsività. Il maggiore limite dei diversi programmi oggi disponibili consiste nel fatto che in molti bambini si assiste alla progressiva scomparsa del miglioramento comportamentale e alla mancata generalizzazione dei comportamenti positivi acquisiti.

L'eccesso di verbalizzazione, l'incapacità a frenare le proprie reazioni immediate, la difficoltà a pianificare e controllare i propri comportamenti fanno sì che i bambini con ADHD manchino di quel "*savoir faire sociale*" che consente di cogliere stimoli sociali, modulare le relazioni interpersonali, ricevere gratificazioni sociali e integrarsi socialmente con i coetanei e gli adulti. Ciò causa frequentemente senso di inadeguatezza, bassa autostima, bassa soglia alle frustrazioni. Tali "sensazioni" rendono più difficile inibire la propria impulsività, pianificare i propri comportamenti e stabilire relazioni sociali gratificanti.

Alcuni consigli per gli insegnanti

Il luogo preferito dal bambino disattento e iperattivo per “fare mostra” di tutte le sue difficoltà è sicuramente la scuola. I seguenti consigli possono a molti sembrare banali e dettati dal solo buon senso: molti di essi fanno parte di interventi psicoeducativi strutturati e manualizzati, basati sulle funzioni neuropsicologiche che in questi bambini sono alterate. Come regola generale va ricordato che l'atteggiamento degli insegnanti verso il bambino disattento/iperattivo ha un forte impatto sulla modificazione del suo comportamento. L'intensità e la persistenza dei comportamenti risentono notevolmente delle variabili ambientali e di come il bambino si sente accettato e aiutato di fronte alle difficoltà.

Organizzare l'aula

La gran parte degli insegnanti conosce la migliore disposizione della propria classe nell'aula.

Può essere utile ricordare che:

1. È opportuno controllare le fonti di distrazione all'interno della classe: non è indicato far sedere il ragazzo vicino alla finestra, al cestino, ad altri compagni rumorosi o ad altri oggetti molto interessanti. Non è ugualmente produttivo collocare l'allievo in una zona completamente priva di stimolazioni: il bambino diventa più iperattivo perché va alla ricerca di situazioni nuove e interessanti.
2. Disponete i banchi in modo che l'insegnante possa passare frequentemente in mezzo ad essi, controllare che i più distratti abbiano capito il compito, stiano seguendo la lezione e stiano eseguendo il lavoro assegnato.

Prima di iniziare la/le spiegazioni...

1. Accertarsi che quando vengono spiegate le lezioni o vengono date delle istruzioni per eseguire dei compiti, il bambino non sia fisicamente e mentalmente occupato a fare qualcos'altro (roteare penne, guardare o chiamare i compagni). In generale il contatto oculare è la tecnica più efficace per controllare l'attenzione del bambino.
2. Fornite istruzioni semplici e brevi. È fondamentale assicurarsi che il ragazzo abbia compreso le istruzioni di un compito; per essere sicuri di ciò è spesso utile chiederglielo (“cosa devi fare?”).

3. Una volta dato un testo di un problema di aritmetica o un testo che contenga delle istruzioni può essere opportuno aiutare il ragazzo disattento/iperattivo a individuarne (sottolineandole con diversi colori) le parti importanti.

Durante le lezioni

1. Accorciare i tempi di lavoro. Fare brevi e frequenti pause soprattutto durante i compiti ripetitivi e noiosi.
2. Rendere le lezioni stimolanti e ricche di novità: i bambini con ADHD hanno peggiori prestazioni quando i compiti sono noiosi e ripetitivi (ad esempio un brano di un libro viene compreso meglio se contiene delle figure). Anche il ritmo della voce dell'insegnante quando spiega può incidere sulla capacità attentiva degli studenti.
3. Interagite frequentemente, verbalmente e fisicamente, con gli studenti, facendo in modo che gli allievi debbano rispondere frequentemente durante la lezione.
4. Utilizzate il nome degli studenti distratti per la spiegazione.
5. Costruite situazioni di gioco per favorire la comprensione delle spiegazioni: per esempio, utilizzare il gioco di ruoli per spiegare concetti storici, sociali in cui siano coinvolti vari personaggi.
6. Abituate il ragazzo impulsivo a controllare il proprio lavoro svolto.

Favorire e sviluppare le capacità di pianificazione

1. È importante stabilire delle attività programmate e routinarie in modo che il ragazzo impari a prevedere quali comportamenti deve produrre in determinati momenti della giornata. Potrebbe essere utile esporre il programma di una giornata tipo mediante disegni e brevi scritte che lo descrivono.
2. È importante definire con chiarezza i tempi necessari per svolgere le attività giornaliere, rispettando i tempi dello studente (questo lo aiuta anche a orientarsi meglio nel tempo).
3. Aiutate l'allievo iperattivo a gestire meglio il proprio materiale: l'insegnante può dimostrare che dà importanza all'organizzazione lasciando 5 minuti al giorno per ordinare il proprio materiale e aiutare il ragazzo ad applicare (o inventare) delle strategie per tenere in ordine il proprio materiale.
4. Proporsi come modello per mantenere in ordine il proprio materiale e mostrare alcune strategie per fare fronte alle situazioni di disorganizzazione, premiando il banco meglio organizzato del giorno.

5. Utilizzate il diario per la comunicazione giornaliera con la famiglia (non solo per scrivere note negative sul comportamento).

Stabilire e far condividere le regole

1. Definite e mantenere chiare e semplici regole all'interno della classe (è importante ottenere un consenso unanime su queste regole).
2. Rivedete, discutete e correggete le regole della classe, quando se ne ravvedete la necessità.
3. Spiegate chiaramente agli alunni disattenti/iperattivi quali sono i comportamenti adeguati e quali sono quelli inappropriati, facendo capire quali sono le conseguenze dei comportamenti positivi e quelle che derivano da quelli negativi.
4. È importante stabilire giornalmente o settimanalmente semplici obiettivi da raggiungere. È utile informare frequentemente il ragazzo su come sta lavorando e come si sta comportando soprattutto rispetto agli obiettivi da raggiungere.
5. È più utile rinforzare e premiare i comportamenti positivi (stabiliti precedentemente), piuttosto che punire quelli negativi. Le punizioni severe, note scritte o sospensioni, non modificano il comportamento del bambino. Cambiate i rinforzi quando questi perdono di efficacia.
6. Si raccomanda di non punire il ragazzo togliendo l'intervallo, perché anche il ragazzo iperattivo ha bisogno di scaricare la tensione e di socializzare con i compagni.

In generale, è opportuno

1. Non creare situazioni di competizione durante lo svolgimento dei compiti con altri compagni.
2. Non focalizzarsi sul tempo di esecuzione dei compiti, ma sulla qualità del lavoro svolto (anche se questo può risultare inferiore a quello dei compagni).
3. Utilizzare i punti forti ed eludere il più possibile i lati deboli del ragazzo, ad esempio se dimostra difficoltà nella motilità fine (è goffo), ma ha buone abilità linguistiche può essere utile favorire l'espressione orale e, quando è possibile, sostituirla a quella scritta. Enfatizzate i lati positivi del comportamento (la creatività, l'affettività, l'estroversione...).

BIBLIOGRAFIA

Si rimanda all'articolo *Neurobiologia dell'ADHD* di Lecca L., Puddu C. e Zuddas A. e *Il bambino iperattivo a scuola: come gestirlo* di Sanna G. entrambi nel presente volume.

L'ADHD SU INTERNET

AIDAI ONLUS - Associazione Italiana Disturbi dell'Attenzione ed Iperattività

Associazione costituita da genitori ed operatori (medici, psicologi, Pedagogisti Insegnanti) con lo scopo di fornire informazioni di carattere scientifico a genitori e insegnanti, promuovendo studi e ricerche, diffondendo le conoscenze scientifiche e operative e favorendo i rapporti tra famiglie, scuole, servizi socio-sanitari, università interessati al Disturbo da Deficit d'Attenzione e Iperattività.

<http://www.redturtle.net/aidai>

ADDNet U.K. - Importante sito inglese di informazioni e supporto per famiglia di bambini con ADHD. Nel sito è possibile trovare molti link con altri siti internazionali sull'ADHD.

<http://www.web-tv.co.uk/addnet.html>

adders.org - Gruppo di supporto no-profit per famiglie di bambini con ADHD. Ha base in Gran Bretagna; sul sito è possibile trovare *links* con molte associazioni di altre parti del mondo.

<http://www.adders.org/>

CHADD - Children and Adults with Attention Deficit Disorders.

Una delle più importanti associazioni di genitori di bambini con ADHD degli stati uniti. Ha più di 32.000 soci e 500 sezioni locali.

<http://www.chadd.org/>

Attention Deficit Disorder Association (U.S) - Associazione nazionale Americana di adulti e familiari di bambini con ADHD.

<http://www.add.org/>

NIMH - National Institute of Mental Health.

Istituto federale Americano per la salute mentale. Pubblica pagine di educazione sanitaria su diverse patologie psichiatriche tra cui una sull'ADHD (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>). Recentemente ha organizzato una *Consensus Conference* sul disturbo, le cui conclusioni sono anch'esse reperibili in rete (http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_statement.htm).

<http://www.nimh.nih.gov>

AACAP- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Società scientifica Americana di Psichiatria dell'età evolutiva. Pubblica *on-line* molto materiale di divulgazione scientifica ed educazione sanitaria ("*Facts for families*") su diversi argomenti, compresi ADHD (<http://www.aacap.org/publications/factsfam/noattent.htm>) ed uso degli psicofarmaci nei bambini (www.aacap.org/publications/factsfam/psychmed.htm).

<http://www.aacap.org/publications/factsfam/index.htm>

<http://www.aacap.org/>

Aspetti neuropsicologici dell'ADHD

Francesca Campolongo

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività prevede l'interessamento da parte di diverse discipline: la neuropsichiatria, la pedagogia e la psicologia.

Quelli che verranno trattati di seguito sono gli aspetti neuropsicologici dell'ADHD e in particolare come lo psicologo si rapporta a questo tipo di disturbo.

Come abbiamo visto precedentemente le tre principali caratteristiche dell'ADHD sono impulsività, iperattività e disattenzione. Questi tre sintomi nucleari sono molto aspecifici e un po' in tutti i bambini e ragazzi è possibile riscontrare questi sintomi.

Infatti queste tre caratteristiche sono più o meno espresse in tutti i bambini ed è di fondamentale importanza saper distinguere un bambino ADHD da un bambino semplicemente vivace.

In quasi tutte le classi della scuola primaria ci saranno sicuramente dei bambini borderline, cioè sulla linea di confine tra normalità e patologia e disturbo; è per questo motivo che è estremamente importante riuscire a capire se questo disturbo c'è o meno.

L'aspetto diagnostico è dunque un fattore molto delicato. I mezzi a disposizione degli esperti sono molteplici e nel loro insieme vanno a costituire la valutazione diagnostica. Essa è costituita da un colloquio con il bambino, con i suoi genitori e con i suoi insegnanti.

Dopodiché si procede con dei questionari per la valutazione del comportamento del bambino ed infine si sottopone il bambino a dei test cognitivo - neuropsicologici.

Prima di affrontare l'aspetto diagnostico è però indispensabile fare un passo indietro e vedere cos'è che si andrà a valutare in questi bambini, quali sono cioè le Funzioni che verranno indagate e che risulteranno poi compromesse nei bambini con ADHD.

Quindi i colloqui, i questionari e i test si basano sulla valutazione delle Funzioni Esecutive.

Il concetto di Funzioni Esecutive è stato inizialmente proposto da Tim Shallice per descrivere una serie di abilità cognitive deputate al controllo e al monitoraggio di azioni complesse, nuove o incongruenti rispetto agli schemi comportamentali abitualmente messi in atto.

Queste attività non servono dunque per compiere attività routinarie ma sono necessarie in quelle situazioni nuove e non familiari: sono modalità di risposta non iper-rapprese (Shallice, 1990), sono cioè quelle abilità che ci permettono di controllare quei comportamenti che non rientrano nella nostra esperienza e nelle nostre abitudini.

Secondo Anderson le Funzioni Esecutive sono abilità necessarie per svolgere una attività intenzionale finalizzata al raggiungimento di obiettivi (Anderson, 1998).

Per Lezak sono invece capacità che rendono una persona in grado di mettere in atto con successo comportamenti indipendenti, intenzionali ed utili (Lezak, 1993).

Secondo Stuss le Funzioni Esecutive sono una serie di abilità che permettono alle persone di creare obiettivi, conservarli in memoria, controllare le azioni, prevedere gli ostacoli al raggiungimento degli obiettivi (Stuss, 1992).

Le Funzioni Esecutive sono dunque capacità che permettono di:

- individuare il problema;
- definire l'obiettivo che si vuole raggiungere;
- pianificare e monitorare l'esecuzione di un piano al fine del raggiungimento di un obiettivo;
- selezionare la risposta adeguata che permette di raggiungere l'obiettivo ed inibire quella errata;
- valutarne il risultato;
- formulare ed eseguire articolati schemi d'azione per svolgere un determinato compito;
- controllare i processi cognitivi superiori, quali la memoria, l'attenzione, la percezione e il pensiero, che operano in contesti non abituali e in situazioni complesse o conflittuali.

Alcune delle Funzioni Esecutive sono dunque:

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. Retrospezione | 4. Interiorizzazione |
| 2. Previsione | 5. Autoregolazione |
| 3. Autocontrollo | 6. Ricostruzione |

In particolare la *retrospezione* è la capacità di ricordare lo scopo delle proprie azioni, la *previsione* è la capacità di definire ciò che serve per il raggiungimento di uno scopo. L'*autocontrollo* permette invece di inibire la risposta ad alcuni stimoli esterni, l'*interiorizzazione* del discorso autodiretto è la capacità che ha un individuo di fare ragionamenti tra sé e sé.

L'*autoregolazione* dell'umore, della motivazione e dell'attenzione permette il raggiungimento degli obiettivi, permette di modificare le reazioni immediate rispetto ad un evento potenzialmente distraente e di controllare le emozioni.

La *ricostruzione* è la capacità di scomporre i comportamenti osservati nelle loro componenti che possono essere ricombinate in nuovi comportamenti tesi ad uno scopo.

Secondo Russel Barkley, uno dei maggiori esperti di ADHD, professore di Psichiatria all'Università di Medicina della South Carolina, le Funzioni Esecutive possono essere raggruppate in 4 attività mentali:

1. Insieme delle operazioni collegate alla memoria di lavoro

Capacità di tenere a mente le informazioni mentre si lavora ad un certo compito, anche in assenza dello stimolo originario.

Questa capacità è molto importante per compiere i processi di retrospezione, previsione, preparazione e capacità di imitare un nuovo comportamento.

2. Interiorizzazione del discorso autodiretto

I bambini in età prescolare parlano spesso ad alta voce per riportare alla mente qualche evento o per ricordare alcuni procedimenti da svolgere. Ad esempio, mentre un bambino sta cercando un libro si pone ad alta voce la domanda: "Dove ho messo il libro?", oppure mentre deve costruire una casetta con i mattoncini lo si sente dire: "Prima faccio il muro, poi metto la porta e le finestre, poi metto il tetto, ecc").

Questa funzione consente di seguire regole e istruzioni, di auto-interrogarsi per risolvere problemi e di creare delle meta-regole, cioè dei sistemi per capire e quindi utilizzare le regole.

Nei bambini in età prescolare il discorso autodiretto avviene ad alta voce, poi si trasforma in un mormorio e solo verso i dieci anni il bambino impara ad interiorizzare questa funzione

3. Autoregolazione dell'umore, della motivazione e del livello di attenzione

Scopo di queste Funzioni è di raggiungere gli obiettivi, modificare le reazioni immediate a un evento potenzialmente distraente, di controllare le emozioni e porsi degli obiettivi.

4. Ricostruzione

Capacità di scomporre i comportamenti osservati nelle loro componenti, che possono essere ricombinate in nuovi comportamenti tesi ad uno scopo.

Queste Funzioni Esecutive nei primi anni di vita sono svolte in modo esplicito. Per richiamare alla mente un compito o per interrogarsi su un problema i bambini parlano tra sé e sé ad alta voce. Successivamente, durante il periodo della scuola primaria i bambini imparano ad interiorizzare questa funzione, a modulare il proprio comportamento in base alle esigenze esterne e a capire le regole in modo da poterle usar. Imparano dunque a:

- Inibire le risposte automatiche.
- Mantenere e manipolare informazioni recenti al fine di guidare un comportamento (memoria di lavoro).

- Posticipare una gratificazione.

Le Funzioni Esecutive si basano dunque in gran parte sulla capacità di attenzione di un soggetto e sulla capacità di costruire una propria esperienza sulla base di facoltà cognitive come la memoria.

Attraverso studi in ambito neurobiologico, come la Risonanza Magnetica e l'elettroencefalogramma, è stato dimostrato che le Funzioni Esecutive sarebbero coinvolte nel Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.

È stato dimostrato infatti che le Funzioni Esecutive comprendono tutti i processi cognitivi che regolano le abilità individuali di organizzare le attività, di ordinare i compiti in base alle priorità, di disciplinare efficacemente il tempo e prendere decisioni.

La cosa interessante è rappresentata dal fatto che le Funzioni Esecutive dipenderebbero proprio da quelle aree cerebrali individuate attraverso esami medici - diagnostici come irregolari nei bambini con ADHD.

I bambini con ADHD sembrano infatti incapaci di inibire l'esecuzione esterna delle Funzioni Esecutive, di farsi guidare da istruzioni interne e di controllare i propri comportamenti. Ne deriverebbero: disattenzione, iperattività e impulsività.

Dal punto di vista neuropsicologico le Funzioni deficitarie nei bambini ADHD sono:

- **Inibizione della risposta:** i bambini ADHD rispondono ancora prima che la maestra abbia finito di porre la domanda.
- **Controllo esecutivo (pianificazione):** non riescono a organizzare un lavoro, ad esempio non sono in grado di decidere a priori che colori usare per fare un disegno.
- **Attenzione selettiva e sostenuta:** non sono in grado di mantenere la loro attenzione su un solo stimolo e per un periodo di tempo prolungato.
- **Set shifting e task switching:** non sono in grado di cambiare le strategie di lavoro se cambia il compito.
- **Memoria di lavoro:** non sono in grado di ricordare lo scopo delle proprie azioni, non sono in grado di mantenere il ricordo di un'informazione per poi poterla rielaborare, non riescono a definire ciò che serve per il raggiungimento di un obiettivo.
- **Elaborazione del tempo:** la loro percezione del tempo è molto più accelerata rispetto a quella di un bambino nella norma in quanto non riescono a selezionare gli stimoli ai quali è più opportuno prestare attenzione e quindi ricevendo una serie infinita di informazioni il tempo risulta passare molto più in fretta.

Si è dunque visto come i bambini con questo tipo di disturbo cadono in 3 domini: iperattività, impulsività e disattenzione. Questi bambini hanno dunque difficoltà di attenzione.

L'attenzione si declina in diverse caratterizzazioni quali:

- *Vigilanza e Attenzione sostenuta*: rilevazione di uno stimolo più o meno frequente e rilevante, permette di mantenere le risorse attentive su di un compito per un periodo prolungato di tempo.
- *Allerta*: aumento dell'attivazione in maniera funzionale alle richieste attentive, permette all'individuo di essere pronto a reagire a stimoli ambientali, interrompendo le attività fisiche o mentali in corso.
- *Attenzione Selettiva*: selezione di un target attentivo e inibizione distrattori.
- *Attenzione Divisa*: divisione delle risorse attentive fra più compiti simultanei.
- *Attenzione spaziale*: orientamento e riorientamento del focus attentivo permettendo di passare da un compito all'altro.

Nei bambini con ADHD questi diversi tipi di attenzione sono dunque stati riscontrati come deficitari. Come detto sopra in questi bambini sono state riscontrate come deficitarie le aree del cervello deputate all'attenzione. Deficitarie sono risultate essere anche quelle deputate all'autoregolazione. Questo deficit nell'autoregolazione porta ad un diverso orientamento dell'attenzione selettiva, una mancanza di concentrazione e ad un'incapacità di focalizzarsi su di un contenuto e di mantenere l'attenzione su di esso.

Per la valutazione dell'ADHD, Hill e Taylor, nel 2001, hanno trovato particolari accorgimenti da seguire durante il processo diagnostico, per permettere a chi fa la valutazione di includere o escludere i sintomi dell'ADHD e quindi garantire una maggiore validità di tale diagnosi in tutte le fasce d'età.

Una delle prime cose che sono state tenute in considerazione è stato l'impiego integrato degli strumenti di valutazione.

È molto importante infatti valutare il bambino sotto i diversi aspetti clinici, ovvero dal punto di vista neurologico, clinico e motorio. È importante fare questa valutazione in tutti gli ambiti in cui il bambino vive quotidianamente, cioè in famiglia, in scuola e quando è tra i pari.

Infatti in un setting controllato come può essere quello dello studio ambulatoriale del medico o dello psicologo che sta facendo la valutazione, dove il bambino si trova magari per la prima volta, quindi in un ambiente non familiare, di fronte ad una persona a lui sconosciuta, i comportamenti di iperattività, impulsività e disattenzione

potrebbero venire inibiti. Ne consegue che lo specialista valutando il bambino non noterebbe i comportamenti patologici ma sono quelli più normali. Se questo setting controllato dunque può avere un aspetto negativo dal punto di vista della valutazione, diviene però risorsa nel momento della terapia in cui il bambino, trovandosi in una situazione uno a uno con il terapeuta, riuscirebbe maggiormente a prestargli attenzione e quindi a seguire le sue indicazioni terapeutiche e le sue istruzioni.

Se dunque si procede con una valutazione anche a casa, a scuola e durante le attività coi pari, facendo riferimento alle testimonianze riportate da genitori e insegnanti, si potrebbe avere una visione più completa del comportamento con la possibilità di distinguere i comportamenti adeguati da quelli inadeguati e identificare la presenza di altri sintomi, indice di disturbi concomitanti.

È infatti molto importante per lo specialista ricorrere allo svolgimento di esami clinici o neurologici per identificare l'eventuale presenza di patologie associate che potrebbero essere la vera causa della sintomatologia dell'ADHD.

Il riconoscimento del disturbo e quindi la sua diagnosi sono dunque gli aspetti critici dell'ADHD.

Il primo approccio per individuare il disturbo è quello dei colloqui con il bambino, con i suoi genitori e con i suoi insegnanti.

Dopodiché ci si serve di questionari per la valutazione del comportamento del bambino, rivolti sia ai genitori che agli insegnanti ed infine si somministrano al bambino dei test cognitivo – neuropsicologici.

Esistono dunque diversi strumenti di valutazione diagnostica attraverso i quali valutare i bambini ma le fonti più importanti sono la sua famiglia e i suoi insegnanti che lo conoscono sotto diversi punti di vista.

Inizialmente è importante svolgere un colloquio clinico con il bambino detto anche esame clinico, attraverso il quale si inizia a conoscere il bambino e si valutano le sue capacità attentive, di pianificazione e di autocontrollo.

Dopodiché si passa al colloquio con i genitori con i quali è importante fin da subito stabilire un rapporto di collaborazione e fiducia. È importante per lo specialista raccogliere una serie di informazioni relative alla vita familiare del bambino e dei suoi genitori, sulla percezione dei genitori nel confronto del bambino e sui problemi del bambino che necessitano di ulteriore approfondimento in quanto creano disturbi nell'ambito familiare. Infatti è importante evidenziare il livello di stress vissuto dai genitori per la gestione del comportamento del bambino. È necessario indagare inoltre il loro livello di benessere o malessere psicologico. È importante saperlo perché in una famiglia dove regnano malessere psicologico e stress, i sintomi di ADHD si accentuano in particolar modo e quindi è necessario lavorare su questo tipo di pro-

blema. Il modo più adeguato per farlo è dunque cercare di focalizzare l'attenzione del genitore sui problemi comportamentali del figlio evitando di pensare che siano dovuti al fallimento del ruolo genitoriale o all'immaturità del bambino.

È importante verificare la disponibilità del genitore al cambiamento delle sue posizioni, necessaria per applicare un programma terapeutico – riabilitativo. Con i genitori si cerca di attuare un percorso terapeutico – riabilitativo che viene chiamato Parent Training.

Il Parent Training è un programma per genitori nel quale vengono date alcune istruzioni per la gestione del comportamento del bambino disattento e iperattivo. Ai genitori viene detto che è necessario che diano ai loro figli istruzioni chiare, precise e soprattutto un'istruzione alla volta, rinforzare positivamente i comportamenti accettabili e ignorare i comportamenti negativi meno gravi e utilizzare in modo efficace le punizioni e le gratificazioni.

Solo cambiando il loro atteggiamento con i figli, i genitori riusciranno a gestire meglio il suo comportamento.

Per quanto riguarda i colloqui con gli insegnanti, le aree che saranno oggetto di colloquio saranno il rendimento scolastico e gli aspetti comportamentali.

Le questioni più importanti alle quali si cerca di dare una risposta attraverso i racconti degli insegnanti sono le seguenti:

- il comportamento riguardo a iperattività e disattenzione del bambino ha subito particolari variazioni nei primi giorni (o anni) di scuola rispetto al momento attuale?
- Con che regolarità riesce a rispettare le regole di comportamento della classe: per brevi momenti, magari solo nella prima parte della giornata oppure mai?
- con che regolarità riesce a rispettare le regole di comportamento della classe: per brevi momenti, magari solo nella prima parte della giornata oppure mai?
- è in grado di seguire i ritmi delle lezioni, a seconda dell'attività, dell'argomento più o meno nuovo, o a seconda del momento della giornata?
- È ordinato nella gestione del materiale scolastico?
- È in grado di portare a scuola il materiale necessario per le lezioni?
- Svolge i compiti assegnati per casa e/o quelli assegnati a scuola?
- È autonomo nei lavori scolastici o necessita di costante guida e/o incoraggiamento dell'adulto?
- Com'è il rapporto del bambino con gli adulti e i coetanei?

Conclusi i colloqui con il bambino, i genitori e gli insegnanti, si passa alla somministrazione questionari per la valutazione del comportamento del bambino. Le più utilizzate sono le seguenti:

- SCALA SDAI
- SCALA CBCL
- SCALA SCOD
- SCALE DI CONNERS

La Scala Disturbo di Attenzione e Iperattività, chiamata con l'acronimo SDAI, è stata messa a punto da Cesare Cornoldi e collaboratori.

Questa scala è formata da due liste a 18 item ciascuna che descrivono esclusivamente i sintomi dell'ADHD come sono riportati nel manuale diagnostico DSM-IV. Questi 18 item sono suddivisi in 2 sottoscale, disattenzione e iperattività, per cui è possibile ottenere due tipi di valutazione.

Per ciascuno degli item segnati, il genitore o l'insegnante deve valutare con che frequenza compare il comportamento descritto. Sommando separatamente gli item dispari e quelli pari si ottengono due valutazioni diverse per disattenzione e iperattività – impulsività.

Un'altra scala di valutazione è la Child Behavior Checklist, di T. Achenbach, chiamata con l'acronimo CBCL, molto usata per le indagini di territorio che consente di misurare più in generale i comportamenti del bambino, sotto diversi aspetti.

Infatti, oltre ai sintomi dell'ADHD, attraverso questa scala si possono valutare altri comportamenti visibili nel bambino come ad esempio disturbi della condotta o disturbi d'ansia.

La scala di valutazione di comportamenti dirompenti, SCOD, è stata invece messa a punto da Marzocchi e collaboratori. Ne esiste una versione per genitori, SCOD - G, e una per insegnanti, SCOD - I.

Le scale SCOD sono formate da 42 item. Prendono in considerazione 18 item dell'ADHD (9 disattenzione e 9 iperattività – impulsività), 8 sintomi del Disturbo Oppositivo – Provocatorio e 16 sintomi del Disturbo della Condotta.

Il Disturbo Oppositivo – Provocatorio è caratterizzato da un comportamento provocatorio negativista ed ostile (collera, litigiosità, sfida, provocazione). I sintomi principali che il bambino affetto da questo Disturbo manifesta sono:

- spesso va in collera;
- spesso litiga con gli adulti;
- spesso sfida o non rispetta le regole degli adulti;
- spesso irrita deliberatamente le persone;
- spesso accusa gli altri per i propri errori;
- spesso è suscettibili o è irritato dagli altri;

- spesso è arrabbiato o rancoroso;
- spesso è dispettoso o vendicativo.

Le scale di Conners permettono di ottenere la misura di iperattività in bambini e adolescenti e indagano inoltre altri item inclusi del DSM-IV.

La CPRS (Conners Parent Rating Scale), è la scala di valutazione da compilarsi dai genitori. Contiene 80 item e valuta tutti i sintomi riportati nel DSM-IV che si riferiscono ai disturbi dello sviluppo. Attraverso questa scala si cerca di capire come i genitori vedono i propri figli e quali comportamenti manifesta quest'ultimo in ambito domestico. Questa scala indaga:

- disturbi oppositivi;
- problemi cognitivi/disattenzione;
- iperattività;
- ansia – timidezza;
- perfezionismo;
- problemi sociali;
- malattie psicosomatiche;
- sottoscale dei sintomi del DSM-IV;
- indice di ADHD.

La CTRS (Conners Teacher Rating Scale) è la scala di valutazione da compilarsi dagli insegnanti. Contiene 59 item e va ad indagare i sintomi presenti nel DSM-IV in riferimento ai disturbi pervasivi dello sviluppo.

Questa scala indaga nello specifico:

- disturbi oppositivi;
- problemi cognitivi/disattenzione;
- iperattività;
- ansia – timidezza;
- perfezionismo;
- problemi sociali;
- sottoscale dei sintomi del DSM-IV;
- indice di ADHD.

Dopo una valutazione attraverso i colloqui e i questionari si passa alla somministrazione di test cognitivi e neuropsicologici adatti per valutare la presenza o assenza dei Disturbi da Deficit di Attenzione e Iperattività nei bambini.

Come detto prima i test cognitivi e neuropsicologici indagano le Funzioni Esecutive, funzioni che sono state valutate come deficitarie nei bambini con ADHD.

Come già detto le Funzioni Esecutive riscontrate come alterate nei bambini con ADHD sono:

- inibizione della risposta;
- controllo esecutivo (pianificazione);
- attenzione selettiva e sostenuta;
- set shifting e task switching;
- memoria di lavoro;
- elaborazione del tempo.

Per la valutazione delle Funzioni Esecutive si utilizzano diversi test tra cui:

- Test di Stroop;
- CPT;
- Test di cancellazione delle cifre;
- Test di Toloose;
- N – back;
- Torre di Londra;
- Test della piantina;
- Trial making test;
- Test delle campanelle.

Per la valutazione della capacità di inibizione della risposta ci si serve del Test di Stroop che consiste nella valutazione della capacità del bambino di rispondere ad uno stimolo ma di non rispondere ad altri stimoli. Il test di Stroop prevede una lista di parole di colori diversi, prima scritti col colore nero e poi scritti con colori diversi. Se una persona dovesse leggere la lista di parole col colore nero non dovrebbe incontrare problemi. I problemi potrebbero sorgere quando la stessa lista di nomi è scritta in vari colori, in modo da avere alcuni nomi di colori scritti con colore adeguato, tipo la parola “giallo” scritta col colore giallo, mentre altri nomi di colori scritti con il colore non adeguato, tipo la scritta “verde” scritta con il colore rosso.

Una persona con le Funzioni Esecutive non alterate non dovrebbe incontrare difficoltà nella denominazione dei colori. Dovrebbe dunque avere un adeguato effetto Stroop, il tipico effetto dell'inibizione della risposta, dell'informazione da selezionare a cui si deve fare attenzione. È questa la capacità che si richiede ai bambini durante l'esecuzione del compito. Gli si chiede dunque di dire di che colore è scritto un dato nome e il compito specifico richiesto da questo test è quello di bloccarsi dal dire la parola che c'è scritta ma di dire solo il colore in cui è scritta. Il bambino dovrà dunque inibire il significato della parola, inibire cioè le sue abilità di lettura dove la sua attenzione verrebbe automaticamente posta.

Attraverso il CPT, Continuous Performance Test, oltre all'inibizione della risposta viene valutata la funzione Cognitiva dell'attenzione visiva sostenuta. La modalità di somministrazione prevede che vengano presentate al bambino una serie di lettere che compaiono in successione sullo schermo di un computer. Il compito che viene richiesto al bambino è quello di schiacciare la barra spaziatrice della tastiera ogni volta che sullo schermo appare una lettera a meno che non sia la X. Qualora apparisse la X, il bambino non dovrà schiacciare nulla. Un altro test di questo tipo è il CPT- AX che valuta il grado di impulsività, il grado attentivo e di velocità reattiva del bambini. Vengono valutati anche la preparazione ed il controllo motorio. Come per il CPT vengono mostrate al bambino una serie di lettere sullo schermo del computer. Il compito del bambino sarà quello di premere la barra spaziatrice della tastiera ogni volta che sullo schermo compare una X solo se preceduta dalla lettera A. I bambini ADHD spesso cadono in questo test, o perché non stanno attenti alle istruzioni che gli vengono date o perché sono troppo impulsivi nello schiacciare la barra e sbagliano il momento in cui devono farlo.

Il test della cancellazione delle cifre valuta invece il controllo esecutivo, cioè la capacità di pianificazione di un compito, e l'attenzione selettiva. Si richiede al bambino di cercare, nel tempo di un minuto, da uno a tre numeri prestabiliti all'interno di una matrice in cui sono presenti 130 numeri, dall'1 al 9.

Alla fine del minuto a disposizione viene calcolato il numero esatto di risposte.

Anche attraverso il test di Toloose viene valutata l'attenzione sostenuta. In questo test viene presentato al bambino un foglio in cui sono presenti diversi quadrati disegnati in modo diverso tra loro, con all'interno cioè delle linee disegnate in modo disuguale. In cima al foglio viene presentato un quadrato che rappresenta il modello di riferimento. Il bambino deve trovare tra i quadrati sottostanti al modello quelli che sono identici al modello.

Il test N – back viene usato per valutare la memoria di lavoro, cioè la capacità di tenere a mente un'informazione mentre si lavora con un compito anche in assenza dello stimolo originario. Anche questo test è computerizzato e sullo schermo appare uno stimolo alla volta. Compito del bambino è quello di schiacciare la barra spaziatrice della tastiera ogni volta che sullo schermo appare uno stimolo uguale al precedente. I bambini ADHD cadono spesso in questo test perché non sono in grado di tenere a mente più stimoli contemporaneamente, quindi non riescono a ricordare la lettera precedente a quella che in quel momento appare sullo schermo.

Il Test Torre di Londra valuta la capacità di pianificazione e quindi il controllo esecutivo. Questo test prevede il seguente materiale:

- 3 pioli disposti in verticale e di lunghezza decrescente;
- 3 dischi colorati che vengono inseriti nei pioli;
- il piolo più corto può contenere solo un disco, quello intermedio 2 e quello più lungo 3.

Il compito del bambino è quello di ricomporre con i dischi una configurazione che gli viene mostrata dall'operatore, seguendo delle regole, ad es. "non si possono fare più di un certo numero di mosse". Per eseguire correttamente questo compito è necessario che il bambino si raffiguri mentalmente le azioni da compiere e quindi prevedere il compito finale. I bambini ADHD mancano di queste caratteristiche e quindi fanno fatica ad eseguire una corretta pianificazione.

Un altro test in cui viene valutata la pianificazione messa in atto da un bambino è il Test della piantina. Viene presentata al bambino l'immagine di una piantina di una città inesistente e gli si chiede di pensare di essere in una nuova città e di avere una mattinata a disposizione per compiere alcune commissioni. Le istruzioni che il bambino deve seguire sono 10 e alla fine del compito si contano le mete raggiunte dalla pianificazione del percorso da parte del bambino. Il bambino ADHD incontra problemi in questo tipo di compito perché non riesce a programmare in maniera logica i suoi spostamenti a livello visuo - spaziale e quindi non riesce ad organizzare il percorso da seguire per svolgere tutte le commissioni richieste nella consegna.

Nel Trial Making Test viene invece valutata la capacità del bambino di set shifting e task switching, ovvero la capacità di passare da una strategia all'altra durante l'esecuzione di un compito.

Nel Trial Making Test A viene richiesto al bambino di unire con una matita i numeri da 1 a 7 disegnati sul foglio. In questo compito anche i bambini ADHD non trovano difficoltà.

Nel Trial Making Test B, invece, viene richiesto al bambino di unire numeri e lettere in successione crescente alternata, ad esempio unire 1 con A, A con 2, 2 con B, e così via.

Si chiede dunque di alternare la strategia di lavoro passando dalla classificazione di tipo numerico a quella di tipo alfabetica. Questo cambiamento di strategia non sempre risulta semplice nei bambini ADHD.

Infine, nel Test delle Campanelle viene richiesto al bambino di fare una ricerca di tipo visivo. Questa prova valuta l'attenzione selettiva e sostenuta del bambino. Il compito prevede che vengano ricercate e selezionate all'interno di un insieme di figure miste, solo le campanelle, compito alquanto brigoso per i bambini ADHD.

CONCLUSIONI

Quelli presentati sono dunque solamente alcuni dei numerosi test che sono a disposizione degli specialisti per la valutazione del comportamento e del funzionamento globale del bambino.

La cosa fondamentale da tenere sempre presente è che per ottenere una diagnosi il più precisa e obiettiva possibile è sempre opportuno usufruire di tutti gli strumenti descritti e integrare le informazioni da essi ottenute.

Limitarsi ad una valutazione clinica del bambino, trascurando l'ambiente scolastico, familiare e dunque di vita quotidiana del bambino, significherebbe valutare solo una parte dello stesso, e ciò vorrebbe dire rendere non valida la diagnosi di ADHD.

Il ruolo dello psicologo è quindi quello di fare diagnosi del disturbo prendendo in considerazione i diversi ambiti di vita del bambino e usufruendo dei vari strumenti disponibili.

Inoltre lo psicologo può aiutare genitori ed insegnanti ad affrontare con più facilità la gestione del comportamento di un bambino disattento e iperattivo. Sia per i genitori che per gli insegnanti esistono infatti delle tecniche e delle strategie comportamentali riguardanti le modalità educative e gestionali rispetto al bambino che possono favorire una situazione migliore sia in famiglia che a scuola.

Inoltre, da quando il bambino ha circa 9 anni, lo psicologo può svolgere un lavoro terapeutico direttamente con lui. Gli interventi diretti al bambino sono sempre di tipo psicoeducativo e di gestione del comportamento. Al bambino viene proposto un training basato sulle autodistruzioni verbali, in cui viene insegnato al bambino a sviluppare un dialogo interiore a sé stesso, utile per affrontare le situazioni con più calma e meno impulsività. Questa tecnica è molto utile ai bambini ADHD in quanto li aiuta ad ascoltarsi nello sviluppo di un pensiero. Ragionando su ciò che stanno facendo o su quello che stanno per dire, i bambini ADHD sono così facilitati nel raggiungere un obiettivo e nei compiti di problem solving, altrimenti a loro impossibili.

BIBLIOGRAFIA

- Cianchetti C., Fedrizzi E., Riva D., Pfanner P.** (2006), *Strumenti di valutazione clinica in neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Franco Angeli, Milano
- Corbo S., Marolla F., Sarno V., Torrioni A.G., Vernacotola S.** (2003), *Il bambino iperattivo e disattento. Come riconoscerlo ed intervenire per aiutarlo*, Franco Angeli, Milano
- Fedeli D.** (2006), *La sindrome di Pierino, il controllo dell'iperattività*, Giunti, Milano
- Kirby E.A. e Grimley L.K.**, *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Erickson, Trento
- Marzocchi G.M.** (2003), *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna
- SINPIA – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, *Linee guida per il DDAI e i DSA*, Erickson, Trento
- Vicari S. & Caselli M.C.** (a cura di) (2002), *I disturbi dello sviluppo: neuropsicologia clinica e ipotesi riabilitative*, Il Mulino, Bologna

L'Indagine

La ricerca epidemiologica in Vallagarina

Paola Venuti, Patrizia Villotti

La ricerca che qui proponiamo ha tutte le caratteristiche di una indagine epidemiologica, ci sembra pertanto utile sottolineare alcune caratteristiche metodologiche delle ricerche epidemiologiche evidenziando come esse trovano espressione anche nell'indagine che è presentata in questo volume. Il termine, dal punto di vista etimologico, deriva dal greco *epi-demos-logos*, parola che letteralmente significa *discorso riguardo alla popolazione*. In questa ricerca, come nelle altre con queste caratteristiche, si affronta il problema della insorgenza delle malattie, in questo caso dell'ADHD, nelle popolazioni di esseri umani, con particolare riguardo allo studio delle condizioni e dei fattori che le determinano.

Una ricerca epidemiologica oltre alla descrizione dello stato di salute di una popolazione si prefigge anche di acquisire informazioni sull'ecologia e sulla storia naturale della malattia, ma principalmente di programmare ed attivare piani di controllo e di monitoraggio del disturbo, di controllare la distribuzione della patologia nella popolazione mediante la prevenzione di nuove occorrenze. Complessivamente, è possibile vedere l'epidemiologia nell'ottica di una strategia volta allo studio dei fattori riguardanti da un lato l'eziologia, la prevenzione ed il controllo delle malattie, e dall'altra l'allocazione efficiente delle risorse per promuovere e mantenere uno stato di salute in popolazioni umane. Questo è possibile poiché la distribuzione delle malattie nella popolazione umana può assumere andamenti caratteristici, può quindi essere predetta e suggerire le cause, conducendo in tal modo all'intervento volto alla realizzazione di misure per la prevenzione ed il controllo delle malattie.

È evidente l'utilità di una ricerca che permette di individuare in una zona specifica e delimitata, il territorio della Vallagarina, l'insorgenza e la diffusione di una sindrome, ADHD, di cui molto si parla, di cui si conoscono stime nazionali ed internazionali, ma che essendo legata anche a fattori contestuali ed individuali deve essere studiata nelle situazioni specifiche. La ricerca condotta ci ha permesso di studiare in questo specifico territorio le caratteristiche individuali dei bambini affetti nonché le variabili contestuali (luogo e tempo) che le caratterizzano. Ci ha permesso di osservare il fenomeno del disturbo ADHD di descriverlo ricorrendo a misure di insorgenza della malattia e di studiarne la distribuzione nel tempo e nello spazio.

Nel contesto della nostra società moderna, così complessa e multi-determinata, la promozione della ricerca epidemiologica e degli strumenti che ne consentono una migliore qualità è un obiettivo primario, data l'importanza che la ricerca assume in

tale ambito in merito sia alla conoscenza della frequenza dei disturbi che agli effetti degli interventi sanitari sulle popolazioni.

OBIETTIVI E METODI DELLE INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE

La fioritura degli studi epidemiologici è iniziata negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, in concomitanza con il potenziamento dei servizi pubblici socio-sanitari, con il diffondersi delle iniziative di prevenzione di svariate malattie, con lo svilupparsi anche teorico della medicina sociale, e quindi a seguito dell'enfasi data ai fattori socio-demografici, ai "life events", ai fattori economici, alla classe di appartenenza e allo stress nella eziologia del disturbo psichico.

I requisiti principali per uno studio di popolazione sono al giorno d'oggi il possedere un'ipotesi precisa, una popolazione ben delimitata geograficamente e demograficamente, un metodo standardizzato per la misurazione della morbilità, e dei metodi appropriati per la misurazione delle variabili causali.

Un settore molto ampio della epidemiologia è quella definita *descrittiva*, che ha lo scopo di stimare la frequenza di un disturbo o di una malattia e delle sue caratteristiche a livello di popolazione. Nell'ambito di questa tipologia di studio, si osserva e si descrive una situazione senza interferire con la sua evoluzione. In genere, gli studi descrittivi, detti anche ecologici, rappresentano un substrato prezioso per gli studi analitici, e quindi li precedono. L'approccio descrittivo ha come scopo primario la descrizione del "che cosa è" la malattia, chi, quando e dove colpisce, mirando alla costruzione di quella che può essere definita una mappatura del territorio.

Si colloca proprio in questo ambito l'indagine portata avanti in Vallagarina che ha avuto come scopo principale quello di conoscere se e come è diffusa la sindrome di disturbo dell'attenzione e dell'ipercinetività in questo territorio. Non c'è stata nessuna ipotesi da verificare e nessuna intenzione di bollare o identificare i bambini affetti da tale patologia, come è stato in alcuni casi insinuato. L'anonimato e il dato, in quanto valore rapportato ad uno specifico contesto, sono elementi chiave delle indagini epidemiologiche, che vogliono conoscere la diffusione e l'andamento di un fenomeno patologico. Dal punto di vista metodologico, la frequenza di un disturbo viene misurata in termini di *incidenza* (numero di nuovi casi in un dato periodo) o di *prevalenza* (numero di casi esistenti in una data popolazione), entrambe in riferimento ad un periodo di tempo ben preciso e determinato.

La prevenzione è il fine ultimo di una ricerca epidemiologica. In particolare, le iniziative di prevenzione possono essere di *prevenzione primaria*, in riferimento alle possibilità di identificazione e modifica delle condizioni ambientali ritenute responsa-

bili di causare il disturbo, di *prevenzione secondaria* se le iniziative di intervento sono indirizzate a ridurre l'incidenza per la morbilità, e di *prevenzione terziaria* se le iniziative di prevenzione tendono ad evitare le recidive, o a impedire la cronicizzazione e le complicanze di un disturbo.

Certamente i risultati di questa ricerca, che peraltro evidenzia come il fenomeno abbia una incidenza minore nel nostro territorio rispetto a stime nazionali ed internazionali, potranno trovare una giusta applicazione se ne nasceranno interventi ambientali volti alla prevenzione e alla riduzione del fenomeno. Interventi che dovranno avere un carattere educativo con alta valenza pedagogica e che si dovranno collocare in una ottica di promozione della salute e di riduzione del disagio psico-sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Giberti F., Rossi R.** (1996), *Manuale di psichiatria*, IV edizione, Piccin e Vallardi Editore
- Henderson A.S.** (1991), *Psichiatria Sociale ed Epidemiologia Psichiatrica*, Il Pensiero Scientifico, Roma
- Kaplan H.I., Sadock B.J.** (1991), *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, Sixth Edition, Williams & Wilkins, Baltimore
- Lilienfeld D.E., Stolley P.D.** (1994), *Foundations of Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford
- Lopalco P.L., Tozzi A.E.** (2003), *Epidemiologia facile*, Il Pensiero Scientifico Editore

I Questionari

Francesca Campolongo

LE SCALE CONNERS

L'uso delle scale di valutazione è stato sempre uno dei modi principali di fare diagnosi della persona con ADHD.

Le scale di valutazione sono diventate degli elementi essenziali nella valutazione e nella diagnosi dei bambini con problemi di comportamento (Barkley, 1998). I clinici ed i ricercatori considerano le scale di valutazione completate dall'insegnante e dai genitori uno strumento certo e valido come pratica normale per la diagnosi ed il trattamento dell'ADHD.

Le scale di valutazione completate dall'insegnante forniscono le informazioni necessarie riguardanti il bambino per quanto riguarda la sfera scolastica.

Il giudizio dell'insegnante inoltre è molto importante perché permette di capire anche il comportamento del bambino nel contesto dei suoi pari.

Le scale di valutazione dell'insegnante in media sono allora scale di valutazione più complete rispetto a quelle compilate dai genitori e tendono ad essere più sensibili ai comportamenti d'iperattività (Barkley, 1981).

La prima scala che è stata utilizzata per la diagnosi di ADHD è stata dunque la scala di valutazione rivolta all'insegnante (CTRS), elaborata da Conners nel 1969 (Conners, 1969, 1973).

Le valutazioni dei genitori sono state poi indicate per essere fonti certe di informazioni riguardo la vita del bambino per cui a seguito delle CTRS sono state messe a punto le CPRS, le scale Conners per i genitori.

È stato riscontrato che l'esattezza delle informazioni date dalle valutazioni del genitore aiuta la diagnosi clinica di ADHD.

Le scale Conners sono dunque uno strumento usato da esperti per indagare il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e valutano i comportamenti problema in bambini e adolescenti. Esiste anche una versione della scala per l'auto-somministrazione da parte di bambini e adolescenti tra i 12 e i 17 anni.

Le varie versioni di CRS-R offrono la possibilità di raccogliere le diverse prospettive del comportamento del bambino attraverso ciò che pensano i genitori, gli insegnanti, i caregivers (educatori) e attraverso la rappresentazione che l'adolescente ha di se stesso.

Ci sono 3 versioni delle CRS-R: genitori, insegnanti e una versione per l'autosomministrazione. Ogni scale prevede una forma lunga ed una forma breve. Inoltre ci sono 3 moduli di screening che offrono la possibilità di applicare l'indice di ADHD di 12 item o la lista di controllo del sintomo del DSM-IV di 18 item, o entrambi.

COME USARE QUESTI TEST

Gli strumenti del CRS-R sono usati come screening di routine nelle scuole, nelle cliniche di salute mentale, nei centri di trattamento residenziali, negli studi pediatrici, nelle carceri giovanili, nelle agenzie protettive per bambini e per i pazienti ambulatoriali.

Attraverso l'analisi del questionario è possibile ottenere la misura di iperattività in bambini e adolescenti e inoltre è possibile ottenere una previsione del comportamento del bambino, fattore che può interessare molto coloro che interagiscono quotidianamente con il bambino.

La compilazione delle scale di Conners permette inoltre di stabilire un punto di partenza rispetto all'inizio del trattamento e a monitorare l'efficacia del trattamento e i cambiamenti nel tempo

Inoltre queste scale forniscono informazioni strutturate e modellate preziose per il sostegno finale, per le diagnosi, per le decisioni di trattamento quando vengono confrontate le scale di genitori, insegnanti e quelle ad autosomministrazione.

CARATTERISTICHE CHIAVE

Basata sulla scala di Conners originale, la CRS-R (versione rivista) ha molti vantaggi che includono:

- una grande normativa per supportare l'attendibilità e la validità dello strumento;
- scale multidimensionali che aiutano a valutare l'ADHD e la comorbidità con altri disordini con agganci alle categorie diagnostiche del DSM-IV;
- scale per insegnanti, genitori e per l'autosomministrazione in formato lungo e corto;
- applicabilità alle situazioni di cura gestite attraverso la quantificazione e la misurazione delle varietà di comportamenti problema.

Tabella 1

Da somministrare a	Genitori e insegnanti di bambini e adolescenti tra 3-17 anni Auto-somministrazione per adolescenti tra 12-17 anni
Livello di lettura	1 [^] elementare -1 [^] superiore (varia da versione a versione)
Tempo di completamento	Versione lunga: 15-20 minuti, versione corta 5-10 minuti
Strumenti	Carta e matita
Scrittura punteggiata	A mano
Scale	Vedi sotto
Norme	8000+ bambini e adolescenti, maschi e femmine tra 3 e 17 anni

SCALE

Scala di valutazione Conners per genitori

Versione lunga (CPRS-R:L)

La CPRS-R:L contiene 80 item. È solitamente usata con i genitori o con i caregivers quando sono richieste informazioni di comprensione e quando c'è da tener presente il DSM-IV.

Le scale includono l'indagine di diversi sintomi tra cui:

- disturbi oppositivi / problemi cognitivi-disattenzione / iperattività;
- ansia-timidezza / perfezionismo / problemi sociali / malattie psicosomatiche;
- indici globali di Conners / sottoscale dei sintomi del DSM-IV / indice di ADHD.

Versione corta (CPRS-R:S)

La CPRS-R:S contiene 27 item e copre un sottoinsieme delle sottoscale e degli item della versione lunga per genitori.

Le scale includono l'indagine di diversi sintomi tra cui:

- disturbi oppositivi / problemi cognitivi / disattenzione / iperattività;
- indice di ADHD.



CPRS-R:L VERSIONE PER GENITORI FORMA ESTESA

C. Keith Conners
Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

Nome del soggetto _____ Sesso: M F
 Data di nascita ___ / ___ / ___ Età _____ Classe _____ Nome del genitore _____ Data odierna ___ / ___ / ___
giorno mese anno giorno mese anno

ISTRUZIONI. Di seguito viene riportata una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano. Rispondete a ogni affermazione a seconda del comportamento di vostro figlio nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.



1. È arrabbiato/a e permaloso/a	0	1	2	3
2. Ha difficoltà a svolgere o a completare i compiti di casa	0	1	2	3
3. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore"	0	1	2	3
4. È timido/a, si spaventa facilmente	0	1	2	3
5. Ogni cosa deve essere proprio come vuole lui/lei	0	1	2	3
6. Non ha amici	0	1	2	3
7. Soffre di mal di stomaco	0	1	2	3
8. Si azzuffa	0	1	2	3
9. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola o a casa)	0	1	2	3
10. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione quando fa i compiti o quando gioca	0	1	2	3
11. Discute in modo polemico con gli adulti	0	1	2	3
12. Non riesce a portare a termine quanto gli/le viene assegnato	0	1	2	3
13. È difficile da controllare nei centri commerciali o quando si va a fare la spesa	0	1	2	3
14. Ha paura delle persone	0	1	2	3
15. Controlla le cose più volte	0	1	2	3
16. Perde gli amici facilmente	0	1	2	3
17. Lamenta malessere o dolori	0	1	2	3
18. È irrequieto/a o iperattivo/a	0	1	2	3
19. Ha difficoltà a concentrarsi in classe	0	1	2	3
20. Non sembra ascoltare quanto gli/le viene detto	0	1	2	3
21. Perde la pazienza	0	1	2	3
22. Ha bisogno che qualcuno lo/la segua attentamente per terminare quanto gli/le viene assegnato	0	1	2	3
23. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni in cui non dovrebbe	0	1	2	3
24. Ha paura di situazioni nuove	0	1	2	3
25. È eccessivamente esigente riguardo la pulizia	0	1	2	3
26. Non sa come stringere amicizia	0	1	2	3
27. Lamenta malessere, dolori o mal di stomaco prima di andare a scuola	0	1	2	3
28. È eccitabile, impulsivo/a	0	1	2	3
29. Non segue le istruzioni e non termina i compiti o i lavoretti assegnati, o le incombenze sul posto di lavoro (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni)	0	1	2	3
30. Ha difficoltà ad organizzare i compiti o le attività	0	1	2	3
31. È irritabile	0	1	2	3
32. È irrequieto/a nel senso che si agita	0	1	2	3
33. Ha paura di stare da solo/a	0	1	2	3
34. Le cose vanno sempre fatte allo stesso modo	0	1	2	3
35. Non viene invitato/a ad andare a casa degli amici	0	1	2	3
36. Soffre di mal di testa	0	1	2	3
37. Non porta a termine quanto inizia	0	1	2	3

Attenzione. Questo modulo è stampato su un fondo colorato con ripetutamente impresso il logo . Se non vede i loghi o questi non sono colorati, il modulo è contraffatto: NON LO UTILIZZI. La fotocopia è illegale, danneggia la ricerca e non garantisce il Suo diritto a svolgere un test valido e attendibile.

segue
Modulo per scoring online



CPRS-R:L VERSIONE PER GENITORI FORMA ESTESA

C. Keith Conners

Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

	NON VERO (mai, raramente)	IN PARTE VERO (spesso, di tanto in tanto)	ABBASTANZA VERO (spesso, di frequente)	MOLTO VERO (molto spesso, quasi, sempre)
38. È poco attento/a, si distrae facilmente	0	1	2	3
39. Parla troppo	0	1	2	3
40. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto	0	1	2	3
41. Non presta attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro o in altre attività	0	1	2	3
42. Ha difficoltà ad aspettare in fila o ad attendere il proprio turno in giochi o attività di gruppo	0	1	2	3
43. Ha molte paure	0	1	2	3
44. Ha dei rituali che deve eseguire	0	1	2	3
45. È distratto/a o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema	0	1	2	3
46. Si lamenta di essere malato/a anche se ciò non è vero	0	1	2	3
47. Ha accessi di collera	0	1	2	3
48. Si distrae quando gli/le si impartiscono istruzioni su come fare qualcosa	0	1	2	3
49. Interrompe o si intromette nelle conversazioni o nei giochi degli altri	0	1	2	3
50. È smemorato/a nelle attività quotidiane	0	1	2	3
51. Ha difficoltà in matematica	0	1	2	3
52. Corre di qua e di là tra un boccone e l'altro ai pasti	0	1	2	3
53. Ha paura del buio, degli animali o degli insetti	0	1	2	3
54. Si prefigge degli obiettivi molto alti	0	1	2	3
55. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia	0	1	2	3
56. Ha un tempo di attenzione limitato	0	1	2	3
57. È suscettibile o gli altri lo/la infastidiscono facilmente	0	1	2	3
58. Ha una calligrafia disordinata	0	1	2	3
59. Ha difficoltà a giocare o a impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo	0	1	2	3
60. È timido/a, chiuso/a in se stesso/a	0	1	2	3
61. Dà la colpa agli altri per i propri errori o quando si comporta male	0	1	2	3
62. Giocherella	0	1	2	3
63. È disordinato/a o disorganizzato/a a casa o a scuola	0	1	2	3
64. È turbato/a se qualcuno risistem le sue cose	0	1	2	3
65. È attaccato/a ai genitori o agli altri adulti	0	1	2	3
66. Disturba gli altri bambini	0	1	2	3
67. Intenzionalmente fa cose che infastidiscono gli altri	0	1	2	3
68. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente – facilmente frustrato/a	0	1	2	3
69. Si applica solo se qualcosa lo/la interessa veramente	0	1	2	3
70. È dispettoso/a o vendicativo/a	0	1	2	3
71. Perde cose necessarie per compiti o attività (ad es.: consegne scolastiche, matite, libri o strumenti)	0	1	2	3
72. Si sente inferiore agli altri	0	1	2	3
73. Sembra sempre stanco/a o come se si muovesse al rallentatore	0	1	2	3
74. Difficoltà di ortografia	0	1	2	3
75. Piange spesso e con facilità	0	1	2	3
76. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restar seduto/a	0	1	2	3
77. Cambia umore rapidamente e improvvisamente	0	1	2	3
78. Si sente facilmente frustrato/a nei suoi sforzi	0	1	2	3
79. Si fa facilmente distrarre dagli stimoli esterni	0	1	2	3
80. Risponde di getto prima che la domanda sia stata completata	0	1	2	3

© 1997, Multi-Health Systems Inc. Copyright internazionale valido in tutti i Paesi aderenti all'Unione di Berna, alla Convenzione Universale e a quelle bilaterali del diritto d'autore. Tutti i diritti sono riservati. Sono vietate la traduzione e la riproduzione dell'opera o di parti di essa, l'immagazzinamento dei dati e la loro trasmissione in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo, compresa fotocopia, copia fotostatica e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata da Multi-Health Systems Inc. Copyright per l'edizione italiana © 2007, Multi-Health Systems Inc. L'edizione italiana, adattata e standardizzata, è pubblicata da Giunti O.S. Organizzazioni Speciali su licenza di Multi-Health Systems Inc.

C.M. 93630-R

Finito di stampare nel mese di aprile 2007 presso Giunti O.S. Organizzazioni Speciali – Firenze

Scala di valutazione Conners per insegnanti

Versione lunga (CTRS-R:L)

La CTRS-R:L è tipicamente usata con insegnanti che hanno tempo di completare la versione lunga e quando sono richieste informazioni estese e la presa in considerazione del DSM-IV.

Questa scala ha 59 item.

Le scale includono l'indagine di diversi sintomi tra cui:

- disturbi oppositivi / problemi cognitivi-disattenzione / iperattività;
- ansia-timidezza / perfezionismo / problemi sociali / indici globali di Conners;
- sottoscale dei sintomi del DSM-IV / indice di ADHD.

Versione corta (CTRS-R:S)

La versione veloce QuickScore (punteggio veloce) per insegnanti contiene 28 item. La scala dovrebbe essere usata quando il tempo è breve e quando sono richieste molte somministrazioni in poco tempo.

Le scale includono l'indagine di diversi sintomi tra cui:

- disturbi oppositivi / problemi cognitivi-disattenzione / iperattività;
- indice di ADHD.



CTRS-R:L VERSIONE PER INSEGNANTI FORMA ESTESA

C. Keith Conners

Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

Nome dell'alunno/a _____ Sesso: M F

Data di nascita ___ / ___ / ___ Età _____ Classe _____ Nome dell'insegnante _____ Data odierna ___ / ___ / ___
giorno mese anno giorno mese anno

Attenzione. Questo modulo è stampato su un fondo colorato con ripetutamente impresso il logo . Se non vede i loghi o questi non sono colorati, il modulo è contraffatto: NON LO UTILIZZI. La fotocopia è illegale, danneggia la ricerca e non garantisce il Suo diritto a svolgere un test valido e attendibile.

ISTRUZIONI. Di seguito vengono riportati una serie di problemi comuni che bambini e adolescenti presentano a scuola. Rispondete a ogni affermazione a seconda di quanto abbia rappresentato un problema nell'ultimo mese. Per ogni affermazione, chiedetevi "Quanto ha rappresentato un problema in quest'ultimo mese?" e fate un cerchietto attorno alla risposta che vi sembra più appropriata. Se quanto affermato non ha mai rappresentato un problema, o se lo è stato raramente o molto poco di frequente, fate un cerchietto attorno a 0. Se ha rappresentato un problema in misura notevole, o molto spesso o di frequente, fate un cerchietto attorno a 3. Fate un cerchietto attorno a 1 o 2 per le altre situazioni. Rispondete a tutte le affermazioni.



1. È insolente	0	1	2	3
2. È irrequieto/a nel senso che si agita	0	1	2	3
3. Dimentica quanto ha già imparato	0	1	2	3
4. Sembra non essere accettato/a dal gruppo	0	1	2	3
5. È facile ferirlo/a nei sentimenti	0	1	2	3
6. È un/una perfezionista	0	1	2	3
7. Ha accessi di collera; ha un comportamento esplosivo, imprevedibile	0	1	2	3
8. È eccitabile, impulsivo/a	0	1	2	3
9. Non presta attenzione ai dettagli o commette errori di distrazione a scuola, sul lavoro o in altre attività	0	1	2	3
10. È impertinente	0	1	2	3
11. È sempre in movimento o si comporta come se andasse "a motore"	0	1	2	3
12. Evita, è riluttante o ha difficoltà a impegnarsi in compiti che comportano uno sforzo mentale continuato (come i compiti a scuola o a casa)	0	1	2	3
13. È uno/a degli ultimi a essere scelto/a per formare una squadra o per giocare	0	1	2	3
14. È un/una bambino/a emotivo/a	0	1	2	3
15. Ogni cosa deve essere proprio come vuole lui/lei	0	1	2	3
16. È irrequieto/a o iperattivo/a	0	1	2	3
17. Non porta a termine quanto inizia	0	1	2	3
18. Non sembra ascoltare quanto gli/le viene detto	0	1	2	3
19. Ha un atteggiamento di sfida nei confronti degli adulti o rifiuta di svolgere quanto richiesto	0	1	2	3
20. Si allontana dal posto in classe o in altre situazioni in cui dovrebbe restar seduto/a	0	1	2	3
21. Difficoltà di ortografia	0	1	2	3
22. Non ha amici	0	1	2	3
23. È timido/a, si spaventa facilmente	0	1	2	3
24. Controlla le cose più volte	0	1	2	3
25. Piange spesso e con facilità	0	1	2	3
26. È poco attento/a, si distrae facilmente	0	1	2	3
27. Ha difficoltà ad organizzare i compiti o le attività	0	1	2	3
28. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione quando fa i compiti o quando gioca	0	1	2	3
29. Ha difficoltà ad attendere il proprio turno	0	1	2	3
30. Ha difficoltà nella lettura	0	1	2	3



© 1997, Multi-Health Systems Inc. Copyright internazionale valido in tutti i Paesi aderenti all'Unione di Berna, alla Convenzione Universale e a quelle bilaterali del diritto d'autore. Tutti i diritti sono riservati. Sono vietate la traduzione e la riproduzione dell'opera o di parti di essa, l'immagazzinamento dei dati e la loro trasmissione in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo, compresa fotocopia, copia fotostatica e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata da Multi-Health Systems Inc. Copyright per l'edizione italiana © 2007, Multi-Health Systems Inc. L'edizione italiana, adattata e standardizzata, è pubblicata da Giunti O.S. Organizzazioni Speciali su licenza di Multi-Health Systems Inc.

**Modulo
per scoring
online**



CTRS-R:L VERSIONE PER INSEGNANTI FORMA ESTESA

C. Keith Conners
Adattamento italiano a cura di M. Nobile, B. Alberti e A. Zuddas

	NON VERO (mai, raramente)	IN PARTE VERO (spesso, talora)	ABBASTANZA VERO (spesso, di frequente)	VERO (spesso, molto frequentemente)
31. Non sa come stringere amicizia	0	1	2	3
32. È sensibile alle critiche	0	1	2	3
33. Sembra concentrarsi troppo sui dettagli	0	1	2	3
34. Giocherella	0	1	2	3
35. Disturba gli altri bambini	0	1	2	3
36. Parla troppo	0	1	2	3
37. Discute in modo polemico con gli adulti	0	1	2	3
38. Non riesce a stare fermo/a	0	1	2	3
39. Corre di qua e di là o si arrampica in situazioni dove non dovrebbe	0	1	2	3
40. Mostra mancanza di interesse per il lavoro scolastico	0	1	2	3
41. Ha scarse capacità di interazione sociale	0	1	2	3
42. Ha difficoltà a giocare o a impegnarsi in attività di gioco in modo tranquillo	0	1	2	3
43. Gli/le piace che tutto sia pulito e ordinato	0	1	2	3
44. Giocherella con le mani o i piedi o si agita sulla sedia	0	1	2	3
45. Le sue richieste devono essere soddisfatte immediatamente – facilmente frustrato/a	0	1	2	3
46. Risponde di getto prima che la domanda sia stata completata	0	1	2	3
47. È dispettoso/a o vendicativo/a	0	1	2	3
48. Ha un tempo di attenzione limitato	0	1	2	3
49. Perde cose necessarie per compiti o attività (ad es.: consegne scolastiche, matite, libri o strumenti)	0	1	2	3
50. Presta attenzione solo a ciò che lo/la interessa veramente	0	1	2	3
51. È timido/a, chiuso/a in se stesso/a	0	1	2	3
52. È distratto/a o la capacità di mantenere l'attenzione costituisce un problema	0	1	2	3
53. Le cose vanno sempre fatte allo stesso modo	0	1	2	3
54. Cambia umore rapidamente e improvvisamente	0	1	2	3
55. Interrompe o si intromette nelle conversazioni o nei giochi degli altri	0	1	2	3
56. Ha scarse capacità matematiche	0	1	2	3
57. Non si attiene alle istruzioni e non completa i compiti (non per atteggiamento oppositivo o incapacità di comprendere le istruzioni)	0	1	2	3
58. Si fa facilmente distrarre dagli stimoli esterni	0	1	2	3
59. Irrequieto/a, è sempre in movimento	0	1	2	3

Scala per l'autosomministrazione per adolescenti di Conners-Wells

Versione lunga (CASS:L)

La CASS:L contiene 87 item ed è appropriata per adolescenti di età tra 12 e 17.

È tipicamente usata quando sono richieste informazioni estese e la presa in considerazione degli indici del DSM-IV.

Le scale includono l'indagine di:

- problemi in famiglia / problemi emozionali / problemi di condotta;
- problemi cognitivi-disattenzione / problemi di controllo dell'ira / iperattività;
- indici di ADHD / sottoscale dei sintomi del DSM-IV.

La CPRS-R:L include anche una versione del trattamento in process ColorPlot per l'età appropriata e un profilo per ogni punteggio della scala.

Versione corta (CASS:S)

La CASS:S contiene 27 item ed è destinata ad adolescenti tra i 12 e i 17 anni.

Le scale includono l'indagine di:

- problemi di condotta, problemi cognitivi / disattenzione, iperattività e indici di ADHD.

NORME

Le norme sono basate su un campione di più di 8000 bambini e adolescenti, maschi e femmine tra i 3 e i 17 anni.

I dati standardizzati sono basati su medie e deviazioni standard per gruppi di bambini e adolescenti con ADHD e per bambini senza problemi psicologici.

Le scale di valutazione sono uno strumento importante per la valutazione di ADHD; tuttavia, ci sono molti fattori che possono interessare l'affidabilità e la qualità di una scala di valutazione. La maggior parte delle scale di valutazione comunemente usate hanno fattori simili che le rendono efficaci. Per esempio, offrono una disposizione rapida e facile, set standardizzati dei comportamenti che assicurano comportamenti specifici sono stati valutati, sono economiche in termini di costo e tempo e riducono la polarizzazione e la soggettività del compilatore usando la presentazione standardizzata delle domande. Inoltre permettono di valutare la frequenza e della severità dei comportamenti e sono state messe a punto le norme specifiche di genere e di età per fare una diagnosi.

I campioni normativi includono le popolazioni socioeconomiche di bambini di razze ed etnie differenti per cui i campioni di gruppo in minoranza sono stati rappresentati.

RISULTATI

Quando i profili sono completi, viene prodotto un grafico per aiutare l'interpretazione dei profili da parte dei genitori, degli insegnanti e dalle parti interessate.

I feedback permettono agli specialisti di sommare completamente i punteggi di bambini e adolescenti.

Sono inclusi anche suggerimenti per l'intervento e consigli.

La Ricerca

Gianluca Esposito, Francesca Campolongo, Paola Venuti

Al fine di effettuare una fotografia dell'incidenza del problema ADHD nell'area della Vallagarina, si è compiuto uno studio che ha visto la partecipazione di diverse agenzie operanti sul territorio: le scuole, le famiglie, l'Università di Trento e il Lions Club Rovereto Host.

Di seguito verranno descritti i risultati di maggiore interesse emersi dallo studio.

Nello specifico verranno descritti:

1. Il campione della ricerca in Vallagarina.
2. La partecipazione allo studio.
3. I risultati della ricerca in Vallagarina: il punto di vista dei genitori.
4. I risultati della ricerca in Vallagarina: il punto di vista degli insegnanti.

1. IL CAMPIONE DELLA RICERCA IN VALLAGARINA

L'area della Vallagarina comprende 11 Istituti Comprensivi e due Scuole Paritarie, per un totale di 28 scuole. Nell'anno scolastico 2007/2008, nelle 28 scuole vi sono 238 classi con un numero complessivo di alunni pari a 4441 ed un corpo docente composto da 460 insegnanti.

I dati di questo studio sono relativi soltanto agli studenti delle scuole che hanno aderito all'indagine.

Hanno preso parte allo studio 6 scuole del Comprensorio della Vallagarina. Le scuole che hanno fornito i dati sono state: la scuola elementare G. Veronesi, l'Istituto Comprensivo Isera – Rovereto, che comprende le scuole “F. Filzi” di Rovereto, “D. Chiesa” di Isera, l'Istituto Comprensivo Folgaria - Lavarone con la scuola “S. Lauton”, l'Istituto Comprensivo Rovereto Sud, che comprende le scuole “D. Alighieri” di Rovereto, “F. Guella” di Lizzana, “A. Rosmini” di Marco e l'Arcivescovile. La tabella 1 mostra il numero di studenti nelle varie classi delle diverse scuole.

Tabella 1

Unità scolastica	Sezione	I	II	III	IV	V	Totale complessivo
Scuola Primaria "Arcivescovile Dame Inglese" Rovereto	A	24	18	24	22	24	112
	B		16				16
Scuola Primaria "Veronesi" Rovereto	A	23	25	22	24	22	116
Scuola Primaria "D. Chiesa" Isera	A	24	18	21	22	18	103
Scuola Primaria "F. Filzi" Rovereto	A	20	21	23	22	23	109
	B	20	22	24	22	25	113
	C	20	21	23	20	23	107
Scuola Primaria "A. Rosmini" Marco	A	14	16	25	15	21	91
	B	13	14		15		42
Scuola Primaria "D. Alighieri" Rovereto	A	24	23	22	23	20	112
	B	25	21	22	22	20	110
	C		22		21	20	63
Scuola Primaria "F. Guella" Lizzana	A	13	17	16	13	23	82
	B	14	16	14	12		56
Scuola Primaria "S. Lauton" Folgaria	A	16	18	25	24	20	103
	B	14					14
		264	288	261	277	259	1349

Nelle scuole che avevano aderito all'iniziativa, si è poi richiesto il consenso delle famiglie a prendere parte allo studio. Circa il 25% delle famiglie ha deciso di prendervi parte. Di questo 25% più del 80% ha poi effettivamente compilato i questionari (tali dati sono riportati in tabella 2 e nel grafico 1).

Il campione finale della ricerca in Vallagarina era quindi composto di 291 bambini raggruppati in 2 fasce d'età 6-8 anni (M=53, F=54) e 9-11 anni (M=94, F=90).

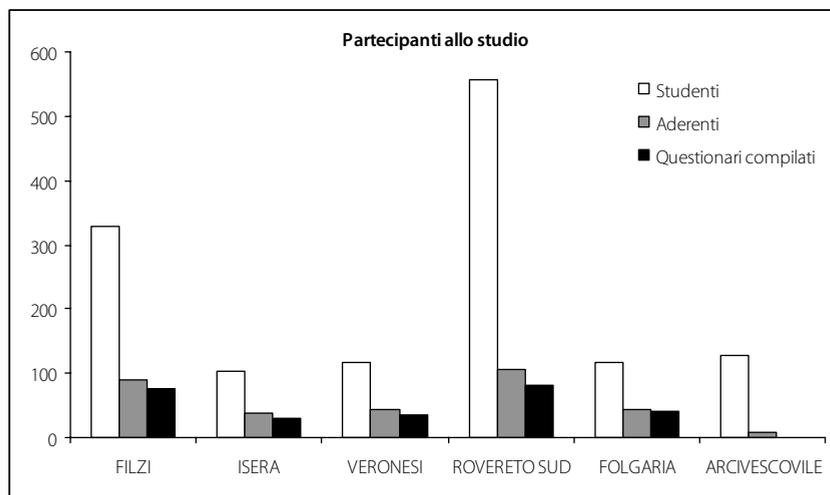
Sono state raccolte inoltre, alcune informazioni socio-demografiche: sesso, età, stato socioeconomico, presenza di altri fratelli o sorelle e nazionalità. I questionari sono stati tutti raccolti in forma anonima, garantendo ulteriormente la privacy dei bambini interessati. La somministrazione dei questionari è stata fatta individualmente da parte dei genitori e degli insegnanti.

Per le successive analisi dei dati le scuole del comune di Rovereto sono state considerate come appartenenti all'area urbana mentre le scuole di Isera e Folgaria sono state considerate come appartenenti alla zona rurale.

Tabella 2

Scuola	Numero totale di studenti	Genitori che avevano aderito allo studio	Genitori che hanno effettivamente compilato il questionario	Questionari compilati dagli insegnanti
Filzi	329	89	77	89
Isera	103	37	31	29
Veronesi	116	43	35	42
Rovereto sud	556	107	81	90
Folgaria	117	43	41	41
Arcivescovile	128	7	1	2
Totale	1349	326	267	291

Grafico 1



I dati emersi sono stati poi confrontati con i dati del campione normativo italiano. Il campione normativo italiano consisteva di 2414 casi (Nobile, Alberti, Zuddas, 2007) raccolti in più di 29 scuole situate in province del Nord (Como, Lecco), Centro-Isole (Nuoro) e Sud Italia (Bari).

Nello specifico il campione analizzato per la standardizzazione italiana della versione per genitori, forma estesa (CPRS-R:L), consisteva di 2355 bambini. Tutti i bambini erano di età compresa fra i 3 e i 14 anni con età media di 8.26 (DS = 1.73) per i maschi e 8.13 (D5 = 1.72) per le femmine. Lo stato socioeconomico medio in base alla scala di Hollingshead era di 51.83 (D5 = 21.41), che corrisponde ad un livello medio.

Per quanto riguarda invece la versione per insegnanti, forma estesa (CTRS-R:L), consisteva di 2100 bambini e adolescenti (1070 maschi e 1030 femmine) valutati da un insegnante con una buona conoscenza dell'alunno. Tutti i soggetti erano di età compresa fra i 3 e i 14 anni.

2. I RISULTATI DELLA RICERCA IN VALLAGARINA: IL PUNTO DI VISTA DEI GENITORI

I primi dati analizzati sono stati quelli relativi alle 14 sottoscale delle scale di Conners (versione CRS-R-P).

Le 14 scale sono: oppositività, problemi cognitivi, iperattività, ansia-timidezza, perfezionismo, problemi sociali, problemi psicosomatici, indice ADHD, indice globale Conners irrequietezza-impulsività (CGI-I-I), indice globale Conners instabilità emotiva (CGI-I-E), indice globale Conners totale (CGI-T), sintomi del DSM-IV (totale, T), sintomi del DSM-IV disattenzione (DSM-IV-d), sintomi del DSM-IV iperattività-impulsività (DSM-IV-ii).

Un primo dato interessante è relativo al fatto che soltanto 2 bambini sui circa 300 analizzati avevano dei punteggi a rischio. Per punteggi a rischio abbiamo considerato i punteggi superiori a due deviazioni standard rispetto alla media nazionale, tale dato sembra essere più basso rispetto ad altri dati presenti in letteratura, facendo pensare ad una minore incidenza del problema nelle zone analizzate. Tuttavia è necessaria una estrema cautela nell'interpretazione di tale risultato poiché è possibile che tale dato rifletta un bias nella selezione del campione, o nella scelta di partecipazione da parte dei genitori, piuttosto che la minore incidenza del fenomeno nel territorio analizzato.

In generale, i dati non differiscono in maniera sostanziale dai dati del campione normativo. Tuttavia analizzando i risultati nello specifico emerge un pattern abbastanza consistente all'interno di tutte le scale. Infatti, i risultati di questo studio hanno messo in luce che nel campione analizzato i bambini della Vallagarina hanno punteggi più bassi nelle diverse sottoscale, in entrambe le fasce d'età prese in considerazione. Si ricorda che punteggi più bassi sono indice di minore disagio del bambino. Inoltre in linea con i dati emersi a livello nazionale il bambini maschi hanno ottenuto punteggi più alti rispetto alle femmine.

Tabella 3

	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività		Ansia timidezza	
	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	4.16 (4.39)	4.69 (4.49)	4.37 (5.78)	5.91 (6.17)	3.27 (3.31)	2.55 (2.73)	4.56 (4.42)	3.48 (3.60)
Campione Normativo	5.99 (4.64)	5.29 (4.40)	6.99 (6.03)	5.35 (5.49)	5.67 (4.61)	4.08 (4.03)	5.61 (4.04)	5.64 (3.92)
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	5.15 (4.72)	4.24 (4.57)	5.19 (5.82)	4.31 (5.33)	3.30 (3.73)	2.27 (3.46)	4.41 (3.72)	4.08 (3.16)
Campione Normativo	6.41 (4.93)	4.93 (4.36)	7.20 (6.44)	5.05 (5.17)	5.14 (4.35)	3.20 (3.30)	4.74 (3.54)	5.07 (3.75)

Tabella 4

	Perfezionismo		Prob. Sociali		Prob. Psicomatici		Indice ADHD	
	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	2.88 (3.32)	2.44 (2.75)	0.84 (1.82)	0.88 (1.60)	1.19 (2.20)	1.14 (1.84)	5.25 (6.05)	5.60 (6.88)
Campione Normativo	4.37 (3.14)	4.33 (3.23)	1.17 (1.67)	1.21 (1.85)	1.30 (1.81)	1.60 (2.21)	7.64 (6.37)	5.85 (5.57)
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	2.32 (2.39)	2.47 (2.54)	0.82 (1.82)	0.71 (1.22)	1.05 (1.57)	1.22 (1.89)	5.75 (6.25)	5.14 (5.93)
Campione Normativo	4.22 (3.08)	3.76 (2.80)	1.18 (1.71)	1.26 (1.81)	1.45 (1.86)	1.91 (2.27)	7.38 (6.34)	5.25 (5.30)

Tabella 5

	CGI (I-I)		CGI (I-E)		CGT (T)	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)					
Vallagarina	3.14 (3.64)	2.97 (3.66)	0.74 (1.24)	0.77 (1.00)	3.74 (4.15)	3.74 (4.37)
Campione Normativo	4.96 (3.60)	3.86 (3.37)	1.33 (1.48)	1.30 (1.54)	6.29 (4.54)	5.16 (4.41)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)					
Vallagarina	3.32 (3.19)	3.27 (3.35)	1.16 (1.63)	0.80 (1.14)	4.48 (4.43)	4.08 (3.98)
Campione Normativo	4.87 (3.85)	3.34 (3.23)	1.33 (1.53)	1.16 (1.47)	6.20 (4.82)	4.51 (4.21)

Tabella 6

	DSM -IV (D)		DSM -IV (I-I)		DSM -IV (T)	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	4.14 (5.07)	5.06 (5.45)	4.27 (3.89)	3.77 (4.12)	8.41 (8.26)	8.88 (8.60)
Campione Normativo	5.85 (4.83)	4.45 (4.49)	6.60 (4.77)	5.32 (4.31)	12.45 (8.66)	9.76 (7.69)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	4.83 (5.32)	3.92 (4.92)	4.08 (4.04)	3.40 (3.57)	8.91 (8.69)	7.15 (7.60)
Campione Normativo	5.77 (4.19)	4.10 (4.10)	6.14 (4.72)	4.44 (3.69)	11.91 (8.74)	8.55 (7.05)

Successivamente sono state analizzati i punteggi raggruppando i partecipanti in base alla provenienza geografica (da tabella 7 a tabella 10).

Nello specifico, le scuole di Rovereto, Lizzana e Marco, sono state considerate come appartenenti all'area urbana mentre le scuole di Isera e Folgaria sono state considerate come appartenenti alla zona rurale.

È interessante notare che, seppure non siano emerse delle differenze significative tra le 2 aree (rurale ed urbana), i bambini delle aree rurali hanno mostrato punteggi più bassi, indice questo di minore livello di disagio.

Tabella 7

Area	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività		Ansia timidezza	
	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	4.13 (4.56)	4.78 (4.54)	4.55 (5.95)	5.79 (6.16)	3.39 (3.44)	2.47 (2.79)	4.47 (4.52)	3.45 (3.68)
Rurale	4.50 (2.08)	2.00 (0.00)	2.25 (2.87)	8.00 (8.49)	2.00 (0.82)	4.00 (0.00)	6.00 (2.65)	4.00 (2.83)
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	5.40 (5.03)	4.94 (5.14)	5.68 (6.31)	4.69 (5.09)	3.35 (4.07)	2.92 (3.25)	4.35 (3.99)	4.20 (3.10)
Rurale	4.63 (4.04)	3.00 (3.05)	4.15 (4.49)	3.69 (5.77)	3.19 (2.88)	2.56 (3.84)	3.63 (3.07)	3.88 (3.32)

Tabella 8

	Perfezionismo		Prob. Sociali		Prob. Psicomatici		Indice ADHD	
Area	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	2.72 (3.33)	2.44 (2.77)	0.89 (1.89)	0.91 (1.65)	1.23 (2.29)	1.81 (1.89)	5.51 (6.21)	5.61 (7.04)
Rurale	4.75 (2.99)	2.50 (3.54)	0.25 (0.50)	0.50 (0.71)	0.75 (0.96)	0.50 (0.71)	2.25 (2.22)	5.50 (4.95)
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	2.47 (2.44)	2.76 (2.78)	0.85 (1.99)	0.87 (1.36)	1.05 (1.53)	1.52 (2.20)	5.95 (6.75)	5.24 (5.46)
Rurale	2.00 (2.30)	1.97 (2.01)	0.77 (1.42)	0.47 (0.92)	1.07 (1.69)	0.72 (1.08)	5.28 (4.95)	4.97 (6.76)

Tabella 9

	CGI (I-I)		CGI (I-E)		CGT (T)	
Area	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	3.26 (3.76)	2.94 (3.72)	0.72 (1.28)	0.79 (1.02)	3.83 (4.32)	3.73 (4.45)
Rurale	1.75 (0.96)	3.50 (3.54)	1.00 (0.82)	0.50 (0.71)	2.75 (0.50)	4.00 (4.24)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	3.28 (3.48)	3.24 (3.31)	1.25 (1.75)	0.93 (1.18)	4.53 (4.88)	4.17 (4.04)
Rurale	3.41 (2.47)	3.32 (3.49)	0.96 (1.32)	0.59 (1.04)	4.37 (3.27)	3.94 (3.95)

Tabella 10

	DSM -IV (D)		DSM -IV (I-I)		DSM -IV (T)	
Area	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	4.24 (5.21)	5.09 (5.58)	4.38 (4.04)	3.67 (4.23)	8.62 (8.54)	8.81 (8.83)
Rurale	3.00 (3.16)	4.50 (3.54)	3.00 (1.15)	5.50 (0.71)	6.00 (3.74)	10.00 (4.24)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Urbana	5.12 (5.78)	4.19 (4.74)	4.10 (4.32)	3.47 (3.15)	9.22 (9.38)	7.40 (6.67)
Rurale	4.19 (4.14)	4.47 (5.25)	4.04 (3.40)	3.28 (4.23)	8.22 (7.01)	6.75 (9.04)

Infine vengono qui presentati i risultati raggruppati per scuola di provenienza dei partecipanti allo studio (da tabella 11 a tabella 14).

Tabella 11

	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività		Ansia timidezza	
	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	6.33 (5.74)	7.00 (6.19)	6.33 (8.26)	8.25 (9.07)	4.11 (3.69)	4.38 (3.70)	3.78 (3.23)	3.38 (2.20)
Istituto Veronesi	3.38 (4.21)	4.67 (5.00)	4.50 (5.88)	7.00 (7.14)	3.50 (4.78)	2.89 (3.02)	5.25 (6.04)	5.00 (5.52)
Scuola "Fabio Filzi"	3.68 (4.28)	3.62 (2.96)	3.88 (5.10)	3.54 (2.60)	3.12 (3.06)	1.15 (1.21)	4.04 (4.57)	2.38 (3.07)
Folgaria	5.33 (1.53)		2.00 (3.46)		2.33 (0.58)		6.00 (2.65)	
Isera								
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
	Rovereto Sud	5.32 (4.52)	4.97 (4.91)	5.86 (5.76)	5.14 (4.43)	3.19 (3.33)	2.89 (3.37)	4.22 (4.41)
Istituto Veronesi	5.75 (4.92)	1.20 (1.79)	2.50 (1.91)	0.40 (0.55)	2.75 (2.50)	0.60 (0.89)	5.50 (5.26)	1.60 (1.14)
Scuola "Fabio Filzi"	4.92 (4.03)	6.09 (6.58)	5.46 (7.74)	2.82 (4.02)	3.23 (2.86)	4.09 (3.42)	4.46 (3.31)	4.36 (2.80)
Folgaria	4.86 (3.76)	3.25 (3.35)	4.43 (3.84)	2.35 (3.33)	4.14 (2.48)	2.20 (2.71)	3.07 (2.34)	4.05 (3.61)
Isera	3.09 (2.81)	2.33 (2.50)	1.91 (1.92)	4.67 (5.79)	1.27 (1.19)	1.78 (2.17)	4.00 (3.69)	3.56 (2.01)

Tabella 12

	Perfezionismo		Prob. Sociali		Prob. Psicomatici		Indice ADHD	
	6-8 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	3.89 (4.26)	4.13 (4.19)	1.44 (3.64)	1.50 (2.33)	1.67 (3.32)	2.25 (3.20)	7.90 (7.56)	8.75 (10.05)
Istituto Veronesi	1.88 (3.09)	1.67 (1.94)	1.00 (1.69)	1.56 (2.01)	1.25 (2.19)	0.78 (1.09)	4.56 (5.90)	7.10 (7.46)
Scuola "Fabio Filzi"	2.20 (2.58)	1.62 (1.80)	0.68 (1.07)	0.23 (0.44)	1.08 (2.10)	0.77 (1.24)	4.96 (5.80)	2.93 (3.45)
Folgaria	6.00 (2.00)		0.33 (0.58)		1.00 (1.00)		2.25 (2.22)	
Isera								
	9-11 anni							
	M	F	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
	Rovereto Sud	2.41 (2.59)	2.80 (2.51)	1.05 (2.46)	0.77 (1.31)	0.81 (1.33)	1.43 (2.39)	6.05 (5.93)
Istituto Veronesi	2.25 (3.30)	1.00 (0.71)	0.25 (0.50)	0.20 (0.45)	3.25 (2.99)	1.60 (1.52)	2.33 (2.16)	1.00 (1.26)
Scuola "Fabio Filzi"	3.00 (2.24)	3.64 (4.01)	0.69 (0.85)	1.00 (1.26)	1.08 (1.12)	1.18 (1.40)	5.21 (7.19)	4.08 (4.17)
Folgaria	2.21 (2.58)	2.35 (2.37)	1.00 (1.41)	0.50 (0.95)	0.93 (1.82)	0.60 (0.75)	7.21 (5.37)	3.71 (4.54)
Isera	1.18 (1.33)	1.22 (0.83)	0.55 (1.51)	0.22 (0.44)	1.18 (1.60)	0.56 (0.88)	2.82 (3.06)	7.60 (9.75)

Tabella 13

	CGI (I-I)		CGI (I-E)		CGT (T)	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)					
Rovereto Sud	5.40 (4.97)	5.13 (5.51)	0.60 (0.84)	0.88 (1.13)	6.00 (5.08)	6.00 (6.52)
Istituto Veronesi	2.44 (4.07)	3.20 (3.33)	1.00 (1.94)	1.00 (1.33)	3.44 (5.32)	4.20 (4.54)
Scuola "Fabio Filzi"	2.75 (2.96)	1.60 (2.13)	0.67 (1.18)	0.60 (0.74)	3.15 (3.50)	2.20 (2.24)
Folgaria	1.75 (0.96)		1.00 (0.82)		2.75 (0.50)	
Isera		3.50 (3.54)		0.50 (0.71)		4.00 (4.24)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)					
Rovereto Sud	3.11 (3.23)	3.53 (3.33)	1.35 (1.83)	0.94 (1.29)	4.46 (4.83)	4.47 (4.04)
Istituto Veronesi	2.00 (2.76)	0.67 (1.03)	0.67 (0.52)	0.33 (0.52)	2.67 (3.08)	1.00 (1.26)
Scuola "Fabio Filzi"	3.20 (2.96)	3.67 (3.60)	0.93 (1.22)	1.17 (1.03)	4.13 (3.31)	4.48 (4.43)
Folgaria	4.43 (1.91)	3.19 (3.11)	0.86 (0.86)	0.48 (0.75)	5.29 (2.13)	3.67 (3.60)
Isera	2.31 (2.59)	3.60 (4.35)	1.08 (1.71)	0.82 (1.47)	3.38 (4.03)	4.50 (4.77)

Tabella 14

	DSM -IV (D)		DSM -IV (I-I)		DSM -IV (T)	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	6.20 (6.56)	7.38 (7.74)	6.60 (4.30)	6.75 (5.75)	12.80 (9.26)	14.13 (12.36)
Istituto Veronesi	3.67 (4.69)	5.90 (6.30)	3.89 (4.68)	4.10 (4.18)	7.56 (9.19)	10.00 (8.45)
Scuola "Fabio Filzi"	3.70 (4.84)	3.21 (2.67)	3.69 (3.53)	1.73 (1.87)	7.38 (7.84)	4.93 (4.01)
Folgaria	3.00 (3.16)		3.00 (1.15)		6.00 (3.74)	
Isera		4.50 (3.54)		5.50 (0.71)		10.00 (4.24)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	5.11 (5.27)	4.94 (5.04)	4.11 (3.78)	3.54 (3.05)	9.22 (8.09)	8.11 (6.70)
Istituto Veronesi	2.50 (1.87)	0.67 (1.21)	1.67 (1.97)	1.33 (2.16)	4.17 (2.64)	2.00 (3.35)
Scuola "Fabio Filzi"	4.93 (6.30)	3.67 (4.23)	3.80 (3.539)	4.33 (3.58)	8.73 (9.33)	8.00 (6.98)
Folgaria	4.79 (4.26)	2.29 (3.24)	5.00 (3.33)	2.95 (3.37)	9.79 (6.91)	5.24 (5.89)
Isera	3.54 (4.07)	5.73 (7.48)	3.00 (3.29)	3.91 (5.66)	6.54 (7.00)	9.64 (13.04)

3. I RISULTATI DELLA RICERCA IN VALLAGARINA: IL PUNTO DI VISTA DEGLI INSEGNANTI

I primi dati analizzati sono stati quelli relativi alle 6 sottoscale delle scale di Conners (versione per insegnanti CRS-R-T).

Le sottoscale sono: oppositività, problemi cognitivi, iperattività, ansia-timidezza, perfezionismo, problemi sociali.

Seppure non siano emerse differenze significative rispetto al campione normativo è emerso che, ad eccezione di alcune sottoscale, nel complesso anche per gli insegnanti i bambini analizzati avevano punteggi più bassi, e quindi minori livelli di problematicità. Le uniche scale, nelle quali i bambini del campione lagarina analizzato sembrerebbero avere livelli più alti della media sono l'ansia/timidezza ed il perfezionismo. Inoltre in linea con i dati emersi a livello nazionale il bambini maschi hanno ottenuto punteggi più alti rispetto alle femmine.

Di seguito si riportano le tabelle relative al confronto tra i punteggi del nostro studio ed i dati normativi della popolazione italiana (tabella 15 e tabella 16).

Tabella 15

	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	1.10 (2.89)	0.50 (1.34)	2.40 (4.43)	1.97 (4.49)	2.12 (4.07)	1.42 (3.95)
Campione Normativo	1.93 (3.40)	0.78 (2.10)	4.12 (5.23)	2.90 (4.68)	3.95 (5.16)	1.38 (3.16)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	1.47 (2.82)	1.36 (2.82)	3.38 (5.14)	3.26 (4.58)	2.20 (3.69)	1.91 (3.69)
Campione Normativo	2.90 (4.13)	1.02 (2.25)	4.56 (5.36)	3.36 (4.99)	4.05 (5.25)	1.26 (2.63)

Tabella 16

	Ansia timidezza		Perfezionismo		Prob. Sociali	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	2.90 (3.41)	2.77 (2.77)	2.20 (3.05)	1.59 (1.94)	1.25 (2.75)	0.81 (1.64)
Campione Normativo	4.71 (3.71)	4.34 (3.50)	2.91 (3.15)	3.16 (3.39)	1.05 (2.24)	0.84 (1.99)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Vallagarina	4.75 (3.60)	4.79 (3.91)	3.31 (3.43)	2.37 (2.89)	1.06 (2.65)	0.93 (2.40)
Campione Normativo	3.98 (3.22)	3.98 (3.25)	2.52 (2.75)	3.04 (3.28)	1.03 (2.16)	1.15 (2.44)

È interessante notare come anche per i punteggi riferiti dagli insegnanti, seppure non siano emerse delle differenze significative tra le 2 aree (rurale ed urbana), i bambini delle aree rurali mostrano punteggi più bassi, indice questo di minore livello di disagio (tabella 17 e tabella 18).

Tabella 17

	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Area Urbana	1.91 (3.48)	0.65 (1.55)	2.95 (4.42)	2.54 (5.14)	3.64 (4.80)	1.96 (4.56)
Area Rurale	0.48(2.23)	0.10 (0.32)	2.00 (4.46)	0.50 (1.27)	0.97 (3.03)	0.00 (0.00)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Area Urbana	1.53 (2.88)	1.34 (2.78)	3.96 (5.31)	3.47 (4.74)	2.35 (3.87)	1.99 (3.83)
Area Rurale	1.00 (2.41)	1.56 (3.28)	3.27 (3.82)	1.44 (2.30)	1.18 (1.89)	1.22 (2.17)

Tabella 18

	Ansia timidezza		Perfezionismo		Prob. Sociali	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Area Urbana	4.14 (3.30)	3.60 (2.77)	3.73 (3.59)	2.21 (2.00)	1.95 (3.02)	1.12 (1.84)
Area Rurale	1.93 (3.22)	0.70 (1.34)	1.00 (1.87)	0.10 (0.32)	0.72 (2.45)	0.00 (0.00)
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Area Urbana	5.10 (3.62)	4.77 (3.92)	3.61 (3.54)	2.58 (2.97)	1.11 (2.77)	0.98 (2.52)
Area Rurale	2.27 (2.41)	5.00 (4.06)	1.18 (1.17)	0.56 (1.13)	0.64 (1.57)	0.56 (0.73)

Infine vengono qui presentati i risultati raggruppati per scuola di provenienza dei partecipanti allo studio (tabella 19 e tabella 20).

Tabella 19

	Oppositività		Prob. Cognitivi		Iperattività	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	0.57 (80.98)	1.00 (2.24)	2.86 (3.29)	5.17 (9.14)	1.86 (1.86)	3.14 (7.889)
Istituto Veronesi	5.00 (7.07)	0.20 (0.45)	7.75 (7.54)	1.20 (1.30)	9.25 (7.89)	0.60 (0.89)
Scuola "Fabio Filzi"	1.00 (1.77)	0.64 (1.45)	0.57 (1.51)	1.43 (2.06)	2.63 (4.07)	1.86 (3.08)
Folgaria	0.09 (0.29)	0.11 (0.33)	0.41 (1.01)	0.56 (1.33)	0.32 (0.78)	0.00 (0.00)
Isera	1.71 (4.54)		7.00 (7.14)		3.00 (5.86)	
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
	Rovereto Sud	1.80 (3.16)	1.57 (3.07)	5.80 (6.07)	4.12 (5.23)	2.98 (4.62)
Istituto Veronesi	2.77 (3.61)	0.82 (1.94)	4.46 (4.88)	3.82 (3.12)	3.77 (3.61)	1.10 (0.99)
Scuola "Fabio Filzi"	0.50 (1.42)	1.17 (2.62)	0.88 (1.95)	2.17 (4.32)	0.60 (1.35)	1.88 (3.77)
Folgaria	0.25 (0.50)		2.75 (3.77)		1.25 (2.50)	
Isera	1.43 (2.99)	2.00 (3.65)	3.57 (4.12)	1.86 (2.48)	1.14 (1.68)	1.57 (2.37)

Tabella 20

	Ansia timidezza		Perfezionismo		Prob. Sociali	
	6-8 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
Rovereto Sud	3.00 (3.16)	3.43 (1.27)	3.00 (2.83)	2.14 (1.95)	1.86 (3.18)	0.86 (1.21)
Istituto Veronesi	6.75 (5.56)	3.40 (2.70)	5.00 (5.35)	0.75 (0.96)	2.75 (4.19)	1.20 (1.64)
Scuola "Fabio Filzi"	4.63 (1.51)	3.77 (3.47)	4.50 (3.93)	2.69 (2.14)	0.88 (1.73)	1.21 (2.22)
Folgaria	0.91 (1.63)	0.67 (1.41)	0.18 (0.39)	0.11 (0.33)	0.05 (0.21)	0.00 (0.00)
Isera	5.67 (4.48)		4.00 (2.10)		2.86 (4.56)	
	9-11 anni					
	M	F	M	F	M	F
	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)	m (ds)
	Rovereto Sud	5.75 (3.96)	5.17 (3.99)	3.78 (3.31)	2.48 (2.44)	1.45 (3.09)
Istituto Veronesi	6.67 (3.52)	7.27 (4.31)	2.77 (4.00)	3.18 (4.47)	1.54 (3.93)	1.73 (3.00)
Scuola "Fabio Filzi"	3.32 (2.25)	2.92 (2.70)	3.77 (3.71)	2.50 (3.09)	0.38 (0.94)	0.29 (0.69)
Folgaria	1.00 (1.15)		0.50 (0.58)		0.50 (1.00)	
Isera	3.00 (2.71)	5.71 (4.39)	1.57 (1.27)	0.71 (1.25)	0.71 (1.89)	0.57 (0.79)

CONCLUSIONI

Un lavoro di sinergia, che ha visto la partecipazione di diverse agenzie presenti sul territorio (scuola, famiglia, il Laboratorio di osservazione e diagnostica funzio-

nale dell'Università di Trento e Lions Club Rovereto Host), è stato alla base di questa ricerca che aveva come obiettivo il fornire una fotografia dell'incidenza del problema dei disturbi dell'attenzione e dell'iperattività nell'area della Vallagarina. Tale disturbo viene, a livello nazionale ed internazionale sempre maggiormente diagnosticato, e sembrerebbe interessare un fascia che va dal 2 al 4% della popolazione in età compresa tra i 3 ed i 14 anni. I dati emersi da questo studio enfatizzano come nel gruppo di bambini analizzati l'incidenza sembrerebbe essere più bassa (2 casi sui 289 analizzati, 0,069%).

Inoltre se si considerano i punteggi medi alle scale analizzate (sia per la versione dei genitori che per quella degli insegnanti) i punteggi sembrano in generale più bassi, indice questo di minore disagio. Tuttavia è necessario fare una serie di considerazioni prima di enfatizzare i dati ottenuti.

Una prima considerazione necessaria è legata ai livelli di partecipazione allo studio da parte delle istituzioni scolastiche. Tranne alcuni casi, non tutti i responsabili scolastici ed i membri del corpo docente sono apparsi motivati a partecipare allo studio e tale dato deve sicuramente aprire un dibattito considerando che a livello nazionale è sempre più frequentemente diagnosticato il disturbo ADHD, e quindi dovrebbero essere meglio sfruttate tutte le opportunità di avere maggiori informazioni circa tale disturbo.

Altro dato che comunque bisogna considerare, seppure per motivi diversi, è quello della partecipazione dei genitori. All'interno delle scuole che avevano aderito all'iniziativa, circa il 25% delle famiglie ha deciso di prender parte allo studio. Di questo 25% più del 80% ha poi effettivamente compilato i questionari. Tale dato fa pensare che le persone interessate allo studio hanno poi effettivamente compilato i questionari. Tuttavia solo un quarto dei genitori hanno sentito la necessità di dover partecipare. È possibile che nonostante le campagne di sensibilizzazione messe in atto durante questo studio, molti genitori erano in qualche modo intimoriti da tale studio. Esiste infatti, sia a livello nazionale che internazionale, una linea di pensiero, attivamente schierata contro l'utilizzo delle Scale di Conners, poiché esse sarebbero a favore di un approccio farmacologico per il trattamento del disturbo. È necessario però considerare, e tale dato andava forse maggiormente enfatizzato in tutte le fasi dello studio, che la finalità di questa ricerca era legata ad una mappatura del territorio, senza nessuna volontà di promuovere un approccio iper-terapeutico.

Un ulteriore dato emerso è relativo al fatto che il campione analizzato ha espresso punteggi più bassi, rispetto al campione della standardizzazione italiana.

A nostro avviso tale dato deve essere interpretato considerando due fattori:

- un primo fattore è legato ad un “bias” di adesione da parte delle famiglie. È possibile infatti, che solo le famiglie con bambini con minore disagio abbiano deciso di prendere parte allo studio. Tuttavia tale rischio era inevitabile essendo questo uno studio dove il reclutamento doveva avvenire per forza maggiore a livello volontario.
- Un secondo fattore capace di spiegare tali differenze è quello inerente gli aspetti socio culturali. Si ricorda che la standardizzazione italiana delle Conners' Rating Scale è avvenuta analizzando un campione di bambini provenienti da tre aree: Nord (Como, Lecco), Centro-Isole (Nuoro) e Sud Italia (Bari). È possibile che differenze socio-culturali siano presenti tra le aree analizzate e l'area della Vallagarina.

Infine è necessario sottolineare l'utilità della ricerca qui presentata. I dati assunti rappresentano il primo studio sistematico che si occupa del problema della disattenzione ed iperattività nel territorio della Provincia Autonoma di Trento. Inoltre considerando la popolazione analizzata, circa 300 bambini della sola Vallagarina, tali dati assumono una valenza importante anche a livello della ricerca scientifica, poiché potranno rappresentare un termine di paragone per successivi studi. I benefici, sono a nostro modo stati evidenti anche da un punto di vista applicativo.

L'aver maggiormente sensibilizzato insegnanti e genitori ad una più profonda conoscenza del fenomeno ADHD è stata sicuramente una conquista importante. Inoltre disporre dei dati raggruppati per scuola fornisce un ausilio per i dirigenti scolastici che intendono mettere a punto degli interventi mirati nelle loro sedi.

Appendice

RELATORI E MODERATORI

Fabio Bazzoli
Patrizia Bisiacchi
Giovanna Bronzini
Stefano Calzolari
Bernardo Dalla Bernardina
Gabriele Masi
Tania Mattiuzzo
Francesca Offredi
Jasmin Rizzi Hueller
Katia Rocchetti
Giorgia Sanna
Paola Venuti
Claudio Vio
Alessandro Zuddas



**Lions Club
Rovereto Host**



convegno

“LA TESTA ALTROVE”

**disturbo da deficit di attenzione
ed iperattività**

sabato 26 maggio 2007

ore 8.30

**Sala Piave - Centro Tecnofin
Via Zeni, 8 ROVERETO (TN)**



4 CREDITI E.C.M.

PER LE SEGUENTI PROFESSIONI

medico - psicologo - terapeuta della neuro
e psico-motricità dell'età evolutiva -
educatore professionale - tecnico di
neurofisiopatologia - tecnico della
riabilitazione psichiatrica - infermiere -
infermiere pediatrico - logopedista -
assistente sanitario

LA PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO È GRATUITA.
Necessaria l'iscrizione entro il 20 maggio. Per informazioni:

segreteria organizzativa



progettoeventi
Organizzazione Convegni - Meeting
Convention
Via F. Zeni, 8 - 38068 Rovereto (Tn)
Tel. 0464 443226 - Fax 0464 443225
www.progettoeventi.it
info@progettoeventi.it

con la collaborazione di



con il patrocinio di



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO



ASSESSORATO
ALLE POLITICHE SOCIALI E ALLA SALUTE
COMUNE DI ROVERETO



ORDINE DEI MEDICI E DEGLI
ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO



ORDINE DEGLI PSICOLOGI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DEFICIT DI ATTENZIONE ED IPERATTIVITÀ



SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
FAMIGLIE ADHD



**LIONS CLUB
ROVERETO HOST**

Il Lions Club Rovereto Host ha inteso promuovere il service "La testa altrove", indagine sul disturbo da deficit di attenzione ed iperattività" (attention deficit hyperactivity disorder - ADHD).

L'ADHD è un disturbo dell'età evolutiva caratterizzato da due aspetti principali: compromissione dell'attenzione ed iperattività. L'ADHD comporta un ostacolo significativo sul piano scolastico, familiare e sociale con sofferenza, spesso non riconosciuta, per il soggetto e la sua famiglia. Ne deriva una difficoltà di gestione da parte di tutte le figure che si relazionano col soggetto stesso: compagni, insegnanti, educatori.

Anche se attualmente è in continuo aumento l'interesse per tale disturbo, la corretta diagnosi e la presa in carico adeguata dei bambini e adolescenti con ADHD necessitano di ulteriore informazione, formazione professionale, ricerca scientifica e momenti di confronto nell'ambito medico, educativo e sociale.

Il service "La testa altrove", nel cogliere questi aspetti, si sviluppa attraverso l'organizzazione di corsi informativi - formativi per insegnanti e figure di una indagine epidemiologica nelle scuole elementari del comprensorio della Vallagarina.

Il convegno, rivolto a genitori, insegnanti ed operatori sanitari, è promosso dal Lions Club Rovereto Host e dalla Società Medico Chirurgica Roveretana e si prefigge l'obiettivo di informare e sensibilizzare rispetto al problema del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività.

Fulvio Campolongo

Past President Lions Club Rovereto Host
Presidente Società Medico Chirurgica Roveretana

con il patrocinio di



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO



ASSESSORATO ALLA SALUTE
COMUNE DI ROVERETO



SOCIETÀ
MEDICO
CHIRURGICA
ROVERETO

ORDINE DEI MEDICI DEGLI
CANTIERI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO



ORDINE DEGLI PSICOLOGI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DEFICIT DI ATTENZIONE ED IPERATTIVITÀ



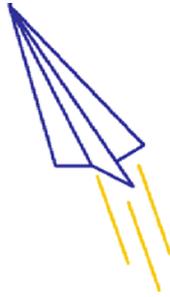
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PARELLELE ADHD

con la collaborazione di



LA PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO È GRATUITA

Main sponsor
Lions Club Rovereto Host



convegno

“LA TESTA ALTROVE”

*disturbo da deficit di attenzione
ed iperattività*

sabato 26 maggio 2007

Centro Tecnofin
Via Zeni, 8 ROVERETO (TN)



E.C.M.
EVENTO IN FASE DI ACCREDITAMENTO
PER LE SEGUENTI PROFESSIONI

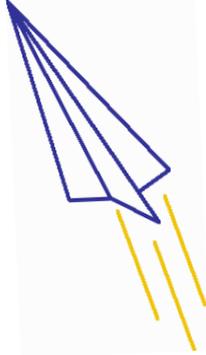
medico - psicologo - terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva educatore professionale - tecnico di neuropsiopatologia e della riabilitazione psichiatrica - infermiere - infermiere pediatrico - logopedista - assistente sanitario

RELATORI E MODERATORI

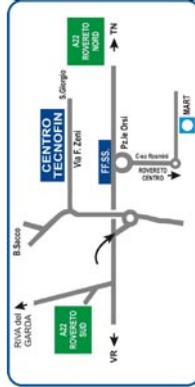
- Fabio Bazzoli**
Neuropsichiatra infantile - Direttore Unità Operativa NPI/2
Ospedale S. Maria del Carmine - Rovereto (TN)
- Giovanna Bronzini**
Psicologo - psicoterapeuta - Coordinatore SIMP
Vice Presidente Lions Club Rovereto Host
- Patrizia Bisiacchi**
Psicologo - Professore Ordinario di Psicologia
Facoltà di Psicologia - Università degli Studi di Padova
- Stefano Calzolari**
Neuropsichiatra infantile - Direttore Unità Operativa NPI
Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Croce e Carle - Cuneo
- Bernardo Dalla Bernardina**
Neuropsichiatra infantile - Professore Ordinario di NPI
Università degli Studi di Verona
- Jasmin Rizzi Hueller**
Referente AIFA Trentino - Associazione Italiana Famiglie ADHD
- Gabriele Masi**
Neuropsichiatra infantile - Responsabile della Linea di Ricerca
"Psicopatologia e Psicofarmacologia"
IRCCS Stella Maris - Calambrone (PI)
- Tania Matiuzzo**
Psicologo - U. O. di NPI/ASL 10 - San Donà di Piave (VE)
- Francesca Offredi**
Psicologo - Servizio di NPI - Ospedale GB Rossi - Verona
- Katia Rocchetti**
Neuropsichiatra infantile - U.O. NPI/1 - Ospedale S. Chiara
Trento
- Giorgia Sanna**
Pedagogista Dipartimento di Neuroscienze - Università degli
Studi di Cagliari
- Paola Venuti**
Psicologo - Professore Associato
Facoltà di Scienze Cognitive - Università degli Studi di Trento
- Claudio Vio**
Psicologo - Dirigente U.O. di NPI/ASL 10 San Donà di Piave
(VE)
- Alessandro Zuddas**
Neuropsichiatra infantile - Professore Associato di Npi
Dipartimento di Neuroscienze - Università degli Studi di Cagliari

PROGRAMMA

8.00	Registrazione	
8.40	Presentazione <i>Fulvio Campolongo</i>	
	Saluto Autorità	
	prima sessione	
	moderatore: <i>Bernardo Dalla Bernardina</i>	
9.00	Aspetti neurobiologici del disturbo da deficit di attenzione ed iperattività	
	<i>Alessandro Zuddas</i>	
9.40	Il quadro clinico e la comorbidità	
	<i>Gabriele Masi</i>	
10.20	La neuropsicologia nell'ADHD caratteristiche e valutazione	
	<i>Patrizia Bisiacchi</i>	
11.00	pausa caffè	
11.20	Il ruolo dei genitori: il Parent Training	
	<i>Francesca Offredi</i>	
12.00	L'intervento psicoeducativo sul bambino ADHD	
	<i>Claudio Vio - Tania Matiuzzo</i>	
12.40	Discussione	
13.30	pausa pranzo	
	seconda sessione	
	moderatore: <i>Stefano Calzolari</i>	
14.30	Il bambino iperattivo a casa: la famiglia	
	<i>Jasmin Rizzi Hueller</i>	
15.00	Il bambino iperattivo a scuola: come gestirlo?	
	<i>Giorgia Sanna</i>	
15.30	Quali percorsi diagnostico terapeutici in servizio NPI? Esperienze e proposte	
	<i>Katia Rocchetti - Fabio Bazzoli</i>	
16.00	L'indagine epidemiologica	
	<i>Paola Venuti</i>	
16.20	Discussione	
16.50	Saluto di commiato	
	<i>Giovanna Bronzini</i>	
17.00	consegna test di apprendimento ecm	



Come raggiungere la sede del Convegno
Centro Tecnofin, via Zeni, 8 Rovereto



SEGRETARIA SCIENTIFICA

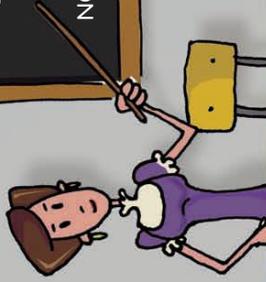
Dr. Fabio Bazzoli
U.O. di Neuropsichiatria Infantile 1
Ospedale S. Maria del Carmine

Inviare il modulo di iscrizione, entro il 20 maggio, alla
SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

progettoeventi
Organizzazione Convegni - Meeting - Convention
Via F. Zeni, 8 - 38068 Rovereto (Tn)
Tel. 0464 443226 - Fax 0464 443225
www.progettoeventi.it - info@progettoeventi.it

Bambini con disattenzione e Iperattività

NOTE PER GLI INSEGNANTI



a cura di



A.I.D.A.I.

Associazione Italiana per i Disauti di Attenzione e Iperattività

A D H D Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

Gentile insegnante,

in questo libretto troverà alcune informazioni utili per conoscere il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività in bambini e ragazzi di età scolare.

A livello internazionale questo disturbo è conosciuto con l'acronimo inglese ADHD (*Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*).

Il libretto vuole offrire una guida pratica per riconoscere alcuni segnali di difficoltà e mettere in atto strategie utili per lavorare con questi alunni e aiutarli nel loro percorso di crescita e di apprendimento.

Potrà trovare anche alcuni consigli per un dialogo positivo con la famiglia e con i professionisti competenti ad occuparsi di ADHD.

La conoscenza e la comprensione di questo disturbo e la motivazione ad affrontarlo, costituiscono i presupposti per un'azione mirata dell'insegnante.

Grazie per l'attenzione e la preziosa collaborazione.



A.I.D.A.I.

Associazione Italiana
per i Disturbi di Attenzione
e Iperattività



INDICE

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività	pag. 4
Come si manifesta. Disattenzione	pag. 6
Impulsività/Ipearattività	pag. 8
Guida pratica: come gestire l'ADHD in classe	pag. 10
A scuola: il problema dell'attenzione	pag. 10
A scuola: il problema del comportamento	pag. 11
I rapporti scuola/famiglia	pag. 12
Non tutti i bambini disattenti e/o iperattivi presentano un ADHD	pag. 13
Quando un bambino fa pensare all'ADHD: come segnalarlo	pag. 13
Bambini con ADHD: una sfida	pag. 14
Il "Trattamento Multimodale"	pag. 16
Che cos'è l'A.I.D.A.I.	pag. 18
Altre associazioni ADHD	pag. 19
Letture consigliate	pag. 20

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività

Il disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, normalmente utilizzato anche in Italia) è un importante disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente caratterizzato da una serie di comportamenti che denotano inattenzione, impulsività ed iperattività motoria, persistenti ed inappropriati rispetto al grado di sviluppo evolutivo del soggetto.

Tale sintomatologia si manifesta in diversi ambiti della vita del bambino, rendendosi evidente sia in situazioni strutturate, come ad esempio, quelle vissute a scuola, che durante l'esecuzione di attività non strutturate quali il gioco e le relazioni sociali con i coetanei ed in ambito familiare.

Tutti i bambini possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti sopra descritti. Qualsiasi bambino tende a distrarsi ed a commettere errori durante attività prolungate e ripetitive. La ricerca delle novità e la capacità di esplorare rapidamente l'ambiente devono essere considerati comportamenti positivi dal punto di vista evolutivo e come tale stimolati e favoriti. Quando tali modalità di comportamento sono però eccessive e persistenti in tutti i contesti (casa, scuola, ambienti di gioco) e nella gran parte delle situazioni (lezione, compiti a casa, gioco con i genitori e con i coetanei, a tavola, davanti al televisore, etc.) e costituiscono la caratteristica costante del bambino, esse possono comprometterne le capacità di pianificazione ed esecuzione di procedure complesse (le cosiddette *funzioni esecutive*).

I bambini con diagnosi di ADHD, vivono disagi quotidiani nelle interazioni con genitori, insegnanti e coetanei; il loro percorso di apprendimento risulta notevolmente ostacolato dalle caratteristiche cliniche; questo li predispone all'insuccesso scolastico e ad una costruzione del sé come incapace o "cattivo". Nonostante le normali doti intellettive, questi bambini presentano difficoltà nel mantenere l'attenzione sul compito, nell'organizzare e pianificare il lavoro ed il loro comportamento.

Come si manifesta

DISATTENZIONE

La disattenzione (o facile distraibilità) si manifesta soprattutto come scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine le azioni intraprese: i bambini appaiono costantemente distratti come se avessero sempre altro in mente, evitano di svolgere attività che richiedano attenzione per i particolari o abilità organizzative, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti. Si mostrano incapaci di pianificare e organizzare il lavoro: il loro banco è spesso in disordine, tendono a dimenticare il materiale scolastico e ad evitare compiti che richiedono uno sforzo nell'organizzare il lavoro e costruire la propria motivazione. Presentano difficoltà a prestare attenzione ad un'unica fonte di informazione, cedendo ad elementi di distrazione sia esterni che interni. La loro attenzione è catturata da stimoli anche irrilevanti e non pertinenti con il compito.

In ambito scolastico le difficoltà attentive comportano un rendimento al di sotto delle potenzialità. La prestazione sullo stesso compito può variare in base ai giorni e alle ore, ma solitamente le prestazioni in termini di qualità e/o quantità non sono adeguate. Nei compiti si verificano parecchi errori di distrazione in ogni ambito disciplinare, i quaderni sono disordinati.



Il quadro cambia in situazioni nuove, stimolanti e intrinsecamente motivanti o nella relazione uno a uno. Davanti alla tv o alla play-station i bambini con ADHD possono iperfocalizzare l'attenzione e mantenere un adeguato livello di attivazione per ore; non sono tuttavia in grado di fare lo stesso per pochi minuti durante una spiegazione o durante la lettura.

IMPULSIVITÀ/IPERATTIVITÀ

L'impulsività si manifesta come difficoltà, ad organizzare azioni complesse, con tendenza al cambiamento rapido da un'attività ad un'altra e difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo. Tale impulsività è generalmente associata ad 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 trovano spesso difficile anche rimanere seduti.

Tutti questi sintomi non sono causati da deficit cognitivo (*ritardo mentale*) ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione. Il movimento, nei bambini con ADHD, spesso manca di una vera finalità. Si tratta di un'attività caotica e poco influenzata da criteri costruttivi: seduti al banco possono continuare a muovere mani e piedi in modo disordinato e spesso inconsapevole. Appaiono continuamente alla ricerca di stimoli nuovi, a cui però si adattano velocemente e dai quali non vengono mai soddisfatti a lungo. Per questo motivo saltano continuamente da un gioco all'altro.

L'iperattività è generalmente presente anche sul piano verbale: parlano troppo con una forma del discorso di tipo torrenziale, spesso passano da un argomento all'altro senza completarne alcuno.

A scuola l'impulsività si manifesta nel dare risposte affrettate all'insegnante prima che la domanda sia stata completata, o nell'eseguire frettolosamente i compiti senza aver ascoltato le istruzioni e senza aver pensato ad un piano di azione. Sul piano dell'incolumità fisica l'impulsività può implicare il correre inutili rischi per avventatezza, come attraversare con il *semaforo rosso*, *arrampicarsi sui mobili*, *mettersi in situazioni pericolose*. Talvolta questo tipo di comportamento può essere considerato intenzionale, sprezzante, oppositivo, mentre in genere riflette un immediato bisogno di gratificazione e l'incapacità a fermarsi e pensare. Queste incomprensioni possono creare problemi di tipo emotivo e comportamentale e difficoltà relazionali.

Guida pratica: alcuni consigli su come gestire l'ADHD in classe

A SCUOLA: IL PROBLEMA DELL'ATTENZIONE

Spesso l'insegnante si trova a dover affrontare un alunno/a con particolari carenze di attenzione. *In questo caso sarà opportuno:*

- Tenere il banco lontano da fonti di distrazione (finestre/porte) e vicino alla cattedra.
- Prevedere una "zona privilegiata" (*zona della concentrazione*) in cui ci si possa isolare per svolgere un compito importante.
- Facilitare il compito del bambino perchè possa davvero svolgerlo e tenere quindi alta la sua motivazione intrinseca (la sensazione e il piacere di riuscire e il senso di sfida).
- Può essere utile dividere il compito in parti da consegnare al bambino separatamente, quindi fornire piccoli suggerimenti intermedi.
- Pianificare il lavoro insieme al bambino: prima faccio questo esercizio, dopo sottolineo, poi coloro...
- È importante segnalare chiaramente al bambino che si è soddisfatti del suo lavoro, anche se parziale, ed indicargli il punto in cui deve considerarlo terminato.
- Se il problema è la lentezza nell'esecuzione, può essergli concesso più tempo per alcuni compiti scritti.
- Affiancare un compagno con funzione di tutor.
- Predisporre compiti/spiegazioni ispirati alla varietà, alla novità.



A SCUOLA: IL PROBLEMA DEL COMPORTAMENTO

Non è raro che l'insegnante si trovi a dover affrontare alunni con comportamenti problematici, ad esempio una forte impulsività nel gioco e nella discussione, una frequente oppositività alle regole o altri atteggiamenti di provocazione.

In questi casi può essere opportuno:

- Osservare il comportamento del bambino con metodo, quindi concordare con lui un semplice programma di “*allenamento*”: “stare fermo per mezz’ora, terminare un compito, alzare la mano prima di parlare”.
- Rinforzare sistematicamente e coerentemente i comportamenti corretti, mediante l’uso di semplici “rinforzatori” verbali o materiali: un adesivo sul diario, una breve “*nota positiva*” ai genitori, una caramella, uno *smile*, ...
- Intervenire autorevolmente sui comportamenti scorretti, evitando il più possibile l’improvvisazione, l’incoerenza, l’impulsività; il bambino deve sapere esattamente cosa lo aspetta se trasgredisce una regola; l’eventuale rimprovero dovrà essere sempre centrato sul comportamento, mai sul bambino.
- Sensibilizzare i compagni a non “*rinforzare*” i comportamenti disturbanti del bambino che cerca la loro attenzione.
- Proporre una proficua competizione tra gruppi di bambini, basata sul raggiungimento di comportamenti positivi.
- Fornire un sistema basato su poche ma importanti regole condivise, formulate con brevità e chiarezza, possibilmente un comando solo alla volta, magari sostenute da giochi accattivanti sulla base della tecnica del “costo della risposta” (cioè un premio, a rinforzo positivo del comportamento eseguito).
- Dare al bambino segnali di stima, quando lo si vede preoccupato, agitato per qualcosa che deve fare.
- Esprimere giudizi positivi su di lui in forma verbale esplicita e chiara, di fronte alla classe riconoscendo i suoi successi, le sue capacità, senza paragoni con i successi degli altri.

I rapporti scuola-famiglia

È importante che l'insegnante instauri sin dall'inizio dell'anno scolastico un clima sereno caratterizzato dal dialogo e dalla disponibilità, per favorire consenso e collaborazione da parte dei genitori di tutti i bambini con problematiche che fanno pensare all'ADHD. Per ottenere questo occorre chiarire e condividere le linee fondamentali della azione educativa della scuola e quindi spiegare:

- L'importanza di una forte collaborazione e fiducia reciproca fra insegnanti e genitori, allo scopo di evitare deleghe o colpevolizzazioni reciproche.
- Le regole per vivere nella comunità-scuola.
- La funzione dei compiti a casa, spiegando quanto e quale aiuto ci si aspetta che diano i genitori.
- L'attenzione che sarà rivolta alle eventuali difficoltà emozionali, comportamentali e di apprendimento del bambino, e quale collaborazione ci si aspetta dai genitori.



NON TUTTI I BAMBINI DISATTENTI E/O IPERATTIVI PRESENTANO UN ADHD...

La diagnosi del disturbo di ADHD è essenzialmente clinica e si basa sull'osservazione e sulla raccolta di informazioni fornite da fonti multiple e diversificate quali genitori, insegnanti, educatori. Il disturbo va sempre differenziato dalla normale vivacità dei bambini. Fondamentali risultano le valutazioni cliniche dello specialista (neuropsichiatra infantile e psicologo).

Per facilitare una preliminare valutazione da parte degli insegnanti, esistono strumenti appositi, facilmente reperibili, come le scale SDAI (in "Impulsività e autocontrollo", Ed. Erickson) e SCOD (in "Deficit dell'attenzione iperattività impulsività", Armando ed.). Esse si focalizzano su comportamenti tipici nell'ADHD (attenzione ai particolari di un compito, mantenimento dell'attenzione nel tempo, apparente incapacità di ascolto, risposte impulsive, movimento degli arti) e chiedono all'insegnante di valutarne la frequenza. Tali informazioni saranno poi molto utili allo specialista clinico che dovrà approfondire l'eventuale quadro diagnostico.

QUANDO UN BAMBINO FA PENSARE ALL'ADHD: COME SEGNALARLO

La volontà di instaurare un serio rapporto di collaborazione si concretizza nello sforzo di individuare insieme le caratteristiche del comportamento inappropriato del bambino ma anche i suoi punti di forza, su cui poter contare per riuscire ad aiutarlo ad assumere un comportamento adeguato.

In tale ottica sarà più facile avere fiducia e collaborazione da parte dei genitori e proporre loro di richiedere consulenza presso i servizi territoriali o presso altri specialisti, per ottenere approfondimenti che permettano di definire il quadro clinico del bambino. In seguito la famiglia potrà richiedere una consulenza diretta complessiva per il bambino, i genitori stessi e gli insegnanti. L'intervento sulla sola famiglia infatti rischierebbe di non essere risolutivo anche per i problemi sorti a scuola; tutti i contesti di vita del bambino sono di solito coinvolti, essendo il deficit di attenzione e iperattività un *disturbo pervasivo*.

Bambini con ADHD: una sfida.



Questi bambini costituiscono una sfida significativa per tutti quelli che sono deputati alla loro educazione. L'insieme delle conoscenze sull'ADHD - *seppur complesso e lontano dall'essere esaustivo* - è estremamente utile per stimolare ipotesi di lettura e spunti operativi finalizzati alla costruzione di un clima di classe organizzato e supportivo che permetta l'attuarsi di una didattica di qualità e sia un aiuto concreto al benessere dell'alunno e dell'insegnante.

Attivare interventi di tipo preventivo e psicoeducativo tesi a stimolare le potenzialità di ogni bambino minimizza i rischi di una strutturazione e di una degenerazione del disagio psicologico e del disadattamento scolastico e sociale.

Generalmente i bambini con ADHD, fin dalla tenera età, non sono ben integrati con i coetanei, che tendono a rifiutare la loro compagnia, e vengono visti in maniera negativa dagli adulti che cercano di controllarne il comportamento inappropriato. Rispetto ai coetanei, i soggetti con ADHD presentano disturbi dell'apprendimento, solitamente a scuola prendono voti più bassi e hanno maggior frequenza di insuccessi accademici. Questi insuccessi sono attribuibili ai deficit cognitivi di *elaborazione dell'informazione, alla scarsa motivazione o alla comorbidità con i disturbi dell'apprendimento*. I fallimenti accademici comportano demoralizzazione, indebolimento dell'autostima, ansia e depressione e favoriscono il precoce abbandono della scuola, l'avvicinamento a gruppi delinquenti e l'attuazione di comportamenti anormali quali l'abuso di sostanze.

Molti programmi educativi suggeriscono di formare nei bambini, fin dalla scuola di base, una serie di competenze che comprenda anche strategie cognitive per la soluzione di problemi e per l'apprendimento in genere.

L'insegnamento precoce di strategie appropriate è ovviamente più efficace della sostituzione successiva di comportamenti inefficaci ma già consolidati.

Tali considerazioni sembrano essere particolarmente importanti per quanto riguarda il problema dell'attenzione.

IL “TRATTAMENTO MULTIMODALE”

Un bambino con diagnosi di ADHD ha bisogno di un aiuto specifico, per il quale molte volte non è opportuno attendere.

Un adeguato intervento può essere utile a favorire rapporti di integrazione con i coetanei (a scuola come nel gioco o nello sport), evitando consistenti ritardi e fallimenti nello studio e nell'apprendimento, uno stato generale di demoralizzazione e di bassa autostima, il rischio di abbandono scolastico e di sviluppo di atteggiamenti oppositivi.

*L'intervento dello psicologo e del neuropsichiatra infantile servirà a dare organizzazione, equilibrio ed efficacia alle azioni dei genitori e degli insegnanti, attraverso un trattamento che si definisce multimodale, in quanto prevede varie modalità di azione, che vengono più o meno utilizzate in relazione alla necessità e gravità della situazione. Esse sono innanzitutto un lavoro sui comportamenti del bambino, sulle sue capacità di autocontrollo comportamentale, sulla capacità di persistenza e di automotivazione al compito, sulle difficoltà di comunicazione, sulla gestione delle emozioni; poi un lavoro mirato a sviluppare l'efficacia educativa dei genitori (*Parent Training*); quasi sempre in contemporanea si attuerà un intervento per la scuola, per promuovere l'utilizzo di tecniche specifiche di gestione efficace dei comportamenti e degli apprendimenti; infine, in caso ve ne sia bisogno, si instaurerà un eventuale intervento di tipo farmacologico, rigorosamente somministrato e monitorato da centri specialistici autorizzati dall'Istituto Superiore di Sanità.*

Che cos'è l'A.I.D.A.I.



L'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività (AIDAI) è nata nel 1998. Si è recentemente rinnovata e opera adesso come una federazione di associazioni regionali attive sui propri territori. L'A.I.D.A.I. persegue esclusivamente finalità di utilità sociale a favore degli associati o di terzi che si realizzano attraverso varie azioni inerenti il campo del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e patologie correlate:

1. La promozione di studi e ricerche, l'organizzazione di incontri e convegni;
2. La promozione di approcci e metodologie atti ad alleviare il disagio dei soggetti con ADHD e delle loro famiglie, la diffusione di notizie, informazioni, approfondimenti.
3. La formazione e l'aggiornamento professionale di medici, psicologi, terapisti, educatori ed insegnanti; l'organizzazione di corsi e altre iniziative di informazione e di collegamento tra soggetti interessati.
4. La promozione di iniziative atte a favorire l'integrazione scolastica e sociale di soggetti con ADHD.

Con decreto del 29/12/2004, il *Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca*, ha incluso l'AIDAI tra i soggetti accreditati a fornire formazione nelle scuole, ai sensi del DM 177/2000.

Altre associazioni ADHD.

Cos'è l'AIFA

L'AIFA onlus (Associazione Italiana Famiglie ADHD) è un'Associazione di genitori senza scopo di lucro che nasce come gruppo di auto/mutuo-aiuto nell'opera di sostegno alle famiglie con figli affetti dal Disturbo da Deficit d'Attenzione/Iperattività attraverso una rete di genitori referenti nelle varie province e regioni italiane che si rendono disponibili all'ascolto e all'aiuto di altri genitori in difficoltà a causa del disturbo, attraverso la condivisione della loro realtà e dell'esperienza ed una seria opera d'informazione. L'opera di sostegno alle famiglie è affiancata da un'opera di diffusione e promozione delle conoscenze scientifiche attraverso il sito, corsi e incontri, produzione di materiale editoriale, ecc.

Segreteria AIFA: Via delle Colonnelle 11 - 00068 Rignano Flaminio (Roma)
Tel. 0761.50.81.26 (Lu. Me. Ve. ore 9.30/12.30 - 16.00/19.00)
Fax 06.23.32.27.628

Letture consigliate

- **"Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico"**
P. E. Tressoldi e C. Vio. - Edizioni Erikson 1989
- **"Disturbi dell'attenzione e iperattività - Guida per psicologi e insegnanti"**
E. A. Kirby e L. K. Grimley. - Edizioni Erikson 1989
- **"Impulsività e autocontrollo - Interventi e tecniche metacognitive"**
Cornoldi, Gardinale, Masi, Pettenò. - Edizioni Erikson 1996
- **"L'alunno iperattivo in classe - Problemi di comportamento e strategie educative".**
M. Di Pietro, E. Bassi, G. Filoramo. - Edizioni Erikson.
- **"Scuola disattenta - Un'osservazione e una riflessione sui climi organizzativi e sui problemi della motivazione in ambito scolastico in relazione a bambini iperattivi/disattenti e con difficoltà di apprendimento"**
Nardella Domenico. - G. de Nicola Editore. 1ª edizione Novembre 2003
- **"Deficit dell'attenzione, iperattività e impulsività. Linee guida per la conoscenza e l'intervento".**
Gianluca Perticone. - Armando Editore.
- **"Vorrei scappare in un deserto e gridare...Una guida pratica all'ADHD attraverso le storie di tutti i giorni di bambini iperattivi e disattenti"**
D'Errico R., Aiello E. - IIª Edizione Novembre 2004
- **"Aiuto! ... Sta arrivando mio fratello! ... ovvero: come si vive insieme ad un bambino con l'ADHD (Deficit di Attenzione/Iperattività)"**
Gordon M., Monetti E., Deflorian S. - G. de Nicola Editore. 1ª edizione Novembre 2003



Realizzazione grafica



Art Director
Leonardo Messeri

Illustrazioni
Riccardo Giuliano

Editing e Digital Imaging
Diego Sorelli

Finito di stampare nel mese di Aprile 2007
da Nome Tipografia

Si ringrazia Tessa Sorelli e Filippo Doccioli per la gentile
concessione dei disegni in seconda e terza di copertina.

Sedi Regionali A.I.D.A.I.:

PIEMONTE (Torino)
Ombretta Veneziani
tel. 347.68.88.263
aidai.piemonte@libero.it

TOSCANA (Firenze)
Sara Pezzica
tel. 348.88.00.817
aidai.toscana@libero.it

LOMBARDIA (Bergamo)
Gian Marco Marzocchi
tel. 035.23.39.74
aidai.lombardia@libero.it

UMBRIA (Perugia)
Michele Margheriti
tel. 075.50.03.688
aidai.umbria@libero.it

VENETO (Fiesso d'Artico)
Tiziana De Meo
tel. 041.51.60.879
veneto.aidai@libero.it

MARCHE (Macerata)
Mariangela Quatrini
aidai.marche@libero.it

FRIULIV. GIULIA (Trieste)
Cinzia Scherani,
tel. 335.82.11.284
aidai.friulivg@libero.it

LAZIO (Roma)
Erica Menotti
fax 06.70.45.13.30
tel. 334.15.78.737
aidai.lazio@libero.it

EMILIA-ROMAGNA (Ferrara)
Federica Fini
aidai.emiliaromagna@libero.it

PUGLIA (Campi Salentina-Lecce)
Vincenzo Ciccarese
tel. 389.97.69.581 / 338.91.91.884
328.18.78.302
aidai.puglia@libero.it

... hanno scritto

Corrado Barone	Dirigente Unità Operativa Neuropsichiatria infantile 2, Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN)
Fabio Bazzoli	Direttore Unità Operativa Neuropsichiatria infantile 2, Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN)
Stefano Berloffia	IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)
Patrizia Bisiacchi	Professore Ordinario di Psicologia, Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova
Giovanna Bronzini	Presidente Lions Club Rovereto Host 2007/2008
Fulvio Campolongo	Presidente Società Medico Chirurgica Roveretana
Francesca Campolongo	Università degli Studi di Milano Bicocca
Stefano Calzolari	Direttore Unità Operativa Neuropsichiatria infantile, Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo
Bernardo Dalla Bernardina	Professore Ordinario di Neuropsichiatria infantile, Università degli Studi di Verona
Gianluca Esposito	Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Università degli Studi di Trento
Laura Lecca	Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza, <i>Clinica di Neuropsichiatria Infantile</i> , Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Cagliari
Gabriele Masi	Istituto di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza, IRCCS Stella Maris, Calabrone (PI)
Tania Matiuzzo	ASL 10, San Donà di Piave (VE)
Stefania Millepiedi	IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)
Sara Pezzica	IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

- Carmen Puddu** Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza, *Clinica di Neuropsichiatria Infantile*, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Cagliari
- Francesca Offredi** Servizio Autonomo di Neuropsichiatria infantile, Policlinico GB Rossi, Verona
- Jasmin Rizzi Hueller** Referente AIFA Trentino
Associazione Italiana Familiari ADHD
- Katia Rocchetti** U.O. Neuropsichiatria infantile 1, Ospedale S. Chiara, Trento
- Giorgia Sanna** Università degli Studi di Cagliari
- Vincenza Tarantino** Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova
- Paola Venuti** Professore Associato Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale, Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Università degli Studi di Trento
- Patrizia Villotti** Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale, Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Università degli Studi di Trento
- Claudio Vio** Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, ASL 10, San Donà di Piave (VE), Università degli Studi di Padova
- Alessandro Zuddas** Professore Associato di Neuropsichiatria infantile, Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza, *Clinica di Neuropsichiatria Infantile*, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Cagliari

Ringraziamenti

Il service “La Testa Altrove” non sarebbe stato possibile senza il contributo di numerose persone, enti ed associazioni:

- i Genitori e gli Insegnanti delle scuole elementari della Vallagarina che hanno aderito all’indagine epidemiologica;
- gli Insegnanti che hanno partecipato ai corsi di aggiornamento;
- i Dirigenti Scolastici che hanno collaborato allo sviluppo dei corsi e dell’indagine;
- I Relatori e Moderatori del Convegno;
- gli Assessorati Provinciali che hanno contribuito economicamente alla realizzazione del convegno e allo svolgimento dei corsi;
- IPRASE che ha pubblicato il presente volume;
- gli Sponsor: le Casse Rurali della Vallagarina, la Cartoleria Marco nelle persone dei fratelli Zuccati, la casa editrice Erickson;
- il Consiglio Direttivo della Società Medico Chirurgica Roveretana;
- Gian Marco Marzocchi, Presidente AIDAI;
- Paola Venuti e Gianluca Esposito che hanno contribuito alla progettazione, sviluppo ed elaborazione dell’indagine epidemiologica;
- Giorgia e Francesca, instancabili animatrici di tutto il progetto.

A tutti un riconoscente ringraziamento dal Lions Club Rovereto Host.

Rovereto, 6 giugno 2008

