

DATE DEGLI ESAMI

SESSIONE INVERNALE:

MERCOLEDI **19/01/2011**

MERCOLEDI **09/02/2011**

MERCOLEDI **02/03/2011**

SESSIONE STRAORDINARIA:

MERCOLEDI **26/01/2011**

SESSIONE ESTIVA:

MERCOLEDI **25/05/2011**

MERCOLEDI **08/06/2011**

MERCOLEDI **29/06/2011**

SESSIONE AUTUNNALE:

MERCOLEDI **14/09/2011**

MERCOLEDI **28/09/2011**

ADHD



Circa il 4% della popolazione pediatrica è affetta dalla "*Sindrome da deficit di attenzione e iperattività*" (ADHD nella letteratura anglosassone, DDAI, nella letteratura italiana)

ADHD: CHI SONO?

Sono alcuni di quei bambini che troviamo alle feste dei nostri figli, nei bus o sul treno, nelle scuole o per la strada e che si mostrano continuamente agitati, in continuo movimento, che non riescono a stare mai fermi, che si dimenano continuamente e che i genitori trovano grande difficoltà a tenerli "buoni".

Quando, poi, iniziano a frequentare la scuola sono quei bambini che le insegnanti non vorrebbero mai tenere: si alzano continuamente dal loro posto, danno fastidio ai compagni, non riescono a svolgere i compiti assegnati e finiscono spesso per cambiare banco, classe e talvolta ... scuola. Il loro profitto scolastico proprio per la ridotta capacità di concentrazione è spesso scarso o comunque sufficiente e difficile è il loro rapporto con i coetanei, ma anche con gli adulti per la grande impulsività. La loro difficoltà viene percepita dai genitori e dagli insegnanti ma spesso, nel nostro paese, la diagnosi viene completamente misconosciuta.

ADHD: CHI SONO?

In realtà questi bambini non hanno nessuna colpa, né tanto meno i loro genitori che invece vengono spesso additati come incapaci a svolgere bene il proprio ruolo di educatori. Se il bambino risponde ad una serie di criteri clinici ben definiti dal mondo scientifico la loro è una vera patologia organica e come tale meritevole di una precisa terapia. Solo con l'ausilio di una giusta terapia i bambini cambieranno radicalmente il loro modo di vivere e tutti, genitori, insegnanti, compagni ma soprattutto il bambino, potranno finalmente cogliere la bellezza di una vita "normale".

Definizione



Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, o **ADHD**, è un **disturbo evolutivo dell'autocontrollo**. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.



Definizione

I sintomi centrali dell'ADHD sono essenzialmente caratterizzati da un marcato livello di disattenzione e da una serie di comportamenti che denotano iperattività e impulsività.

Nella loro realtà clinica questi sintomi si organizzano e si manifestano con una serie di aspetti complessi, nell'ambito dei quali non devono mai essere persi di vista, per cui vanno sempre distinti i sintomi puri ("core symptoms") dai profili sintomatologici specifici (aggressività, disturbo socialità, immaturità, isolamento....) e dai problemi comportamentali associati (di cui il più frequente è quello opposizionale, definito come "*Oppositional Defiant Disorder*", ODD).



Definizione

Sintomi indispensabili sono: ridotta o assente concentrazione (specie per prestazioni visive), iperattività, impulsività.

Manifestazioni cliniche frequenti: ridotto rendimento scolastico, problemi comportamentali (oppositional-defiant disorder ODD).

Come uno dei più frequenti problemi psichiatrici infantili, l'ADD non è un problema raro, anzi appare, nell'ambito dei problemi di condotta, uno dei principali problemi della dimensione infantile moderna e, quindi, un vero e proprio problema medico-sociale

ADHD: un problema marginale?

L'ADHD non è affatto un problema raro, anzi appare - nell'ambito dei problemi di condotta - uno dei principali problemi della dimensione infantile moderna, un vero e proprio problema medico-sociale dal momento che è:

- ✓ Uno dei maggiori problemi di salute in termini di costi sanitari;
- ✓ Una delle più frequenti diagnosi psichiatriche infantili extra-ospedaliere;
- ✓ Il più comune problema comportamentale infantile.



ADHD: LA PREVALENZA

Ovunque adeguatamente ricercato il disturbo in età scolastica mostra una **prevalenza intorno al 4%**.

Il disturbo è maggiormente rappresentato nel **sexso maschile** secondo un rapporto che va da **3 a 9 maschi ogni femmina**

Va rilevato che gli strumenti di screening utilizzati per un primo orientamento diagnostico (*DSM-III-R* e *DSM-IV*) sovrastimano il problema, perché lo confondono con il capitolo più ampio dei disturbi di condotta

ADHD: LA PREVALENZA

I fattori che legano l'espressione della ADHD alla prematurità (nei grandi prematuri si arriva al 30% di ADHD) non sono perfettamente accertati: potrebbe dipendere dall'anossia/ischemia, dal frequente uso di steroidi per stimolare la produzione di surfactant, o più semplicemente dal lungo tempo che il bambino deve trascorrere in un ambiente innaturale, quando il cervello è ancora lontano dall'aver raggiunto un grado accettabile di maturità.

Il fatto che la prevalenza nel maschio sia almeno 4 volte superiore a quella nella femmina, così come avviene nella maggior parte dei disturbi dello sviluppo, da lievi, come la dislessia, a severi, come l'autismo, indica una fragilità specifica del sesso maschile, che riguarda specificamente il maschio e che si esprime probabilmente nell'ultima parte della gestazione

ADHD: QUANTO DURA?

L'ADHD non è un problema marginale che si risolve con l'età. Contrariamente, infatti, a quanto si riteneva un tempo la condizione può persistere in età adulta.

La sua storia naturale, infatti, è caratterizzata da persistenza fino all'adolescenza in circa due terzi dei casi, e fino all'età adulta in circa un terzo dei casi.

L'ADHD, infatti, significativamente si associa a disturbi dell'adattamento sociale (personalità antisociale, alcoolismo, criminalità), basso livello accademico ed occupazionale, problemi psichiatrici, fino ad essere considerato uno dei migliori predittori, in età infantile, di cattivo adattamento psicosociale nell'età adulta



ADHD: QUANTO DURA?

Anche se sembra che questo sia patrimonio più delle forme comorbide che delle forme semplici e delle forme con disturbi neuropsicologici, e sia strettamente dipendete dal contesto evolutivo in cui cresce il bambino con ADHD, **è la persistenza stessa dell'ADHD a rappresentare il fattore di peggior prognosi psicosociale**, indicando che maggiormente perdurano gli effetti del disturbo, più profondo è il loro influsso sullo sviluppo psico-emotivo.

ADHD

L'ADHD è un vero problema, per l'individuo stesso, per la famiglia e per la scuola, e spesso rappresenta un ostacolo nel conseguimento degli obiettivi personali.

E' un problema che genera sconcerto e stress nei genitori e negli insegnanti i quali si trovano impreparati nella gestione del comportamento del bambino.

Cosa è un "Bambino Iperattivo con Deficit dell'Attenzione"?

Davide ha 8 anni fa la terza elementare ed è un "terremoto": basta un non nulla per distrarlo. Il suo comportamento iperattivo e deconcentrato che manifestava da anni è oggi un problema concreto, ai limiti dell'handicap. Il suo comportamento è pressoché ingestibile. In classe è sempre fuori posto, impulsivo, si atteggia a buffone della classe. Se non è impegnato in lotte e litigi coi compagni si barcamena socialmente come buffone della classe; è deriso, evitato e spesso, nonostante il suo comportamento clownesco, mostra disappunto e tristezza.

Davide sembra apprendere con notevole difficoltà nelle aree verbali, lettura in particolare; ha risultati migliori in matematica, ginnastica, arte e disegno.

Cosa è un "Bambino Iperattivo con Deficit dell'Attenzione"?

Incontra enormi difficoltà nel completare autonomamente un compito; si dimentica spesso di quanto aveva programmato di fare anche se intendeva farlo. Quando inizia un progetto, gioco o incarico, quasi mai lo porta a termine.

Nonostante Davide sia appassionato di sport in cui vorrebbe eccellere ha difficoltà di coordinazione ed è impulsivo e distraibile, così da essere un giocatore poco desiderabile.

CAUSE

Inibizione



MALATTIA GENETICA?

Il fenomeno può essere dovuto a una disfunzione di alcuni dei numerosi geni che normalmente sono attivi durante la formazione e lo sviluppo della corteccia pre-frontale e dei gangli basali. La maggior parte dei ricercatori attualmente pensa che l'ADHD sia un disturbo poligenico, ossia determinato dal concorso di più geni

I fratelli e le sorelle di bambini con ADHD hanno una probabilità di sviluppare la sindrome da 5 a 7 volte superiore a quella dei bambini appartenenti a famiglie non colpite. E i figli di un genitore affetto da ADHD hanno fino a cinquanta probabilità su cento di sperimentare le stesse difficoltà.

MALATTIA GENETICA?

Il rischio di ADHD in un gemello monozigote di un bambino affetto dal disturbo è tra 11 e 18 volte superiore a quello di un fratello non gemello di un bambino con ADHD; si valuta che tra il 55 e il 92% di gemelli monozigoti di bambini affetti da ADHD finisca con sviluppare la sindrome (rispetto al 29% dei gemelli dizigoti)

L'ADHD è ereditario quasi all'80%, vale a dire che circa l'80% delle differenze nell'attenzione, nell'iperattività e nell'impulsività tra persone affette da ADHD e persone sane può essere spiegato da fattori genetici.

ADHD E GENETICA

Il disturbo può avere una **causa genetica**. I ricercatori stanno chiarendo che l'ADHD non è un disturbo dell'attenzione in sé - come si era a lungo ritenuto - ma nasce da **un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo**.

A sua volta, questa mancanza di autocontrollo pregiudica altre importanti funzioni cerebrali necessarie per il mantenimento dell'attenzione, tra cui **la capacità di posticipare le gratificazioni immediate in vista di un successivo e maggiore vantaggio**. Insomma, questi bambini sono quelli che *preferiscono l'uovo oggi alla gallina domani!*

ADHD E GENETICA

I bambini affetti da ADHD, pertanto, non riescono a controllare le loro risposte all'ambiente. E' come se in questo momento che state leggendo veniste bombardati da tanti altri eventi disturbanti, come la televisione accesa, i vostri figli che gridano fuori la stanza, il telefono che squilla e voi non riuscite ad annullare tutti questi stimoli per focalizzare la vostra attenzione solo su quello che state facendo e che vi interessa tanto. Se non aveste questa capacità di "filtrare" gli stimoli e "prestare attenzione" comincereste a sentirvi agitati perché vi rendereste conto di non riuscire nel vostro intento. Pensate se poi l'attenzione vi venisse richiesta per cose non tanto gradite, come studiare una pagina di storia medioevale, cosa fareste?

ADHD: SINTOMI

Ebbene, questa mancanza di controllo rende i bambini con ADHD:

disattenti, iperattivi e impulsivi.

I sintomi centrali dell'ADHD, quindi, sono essenzialmente caratterizzati da un marcato livello di disattenzione e una serie di comportamenti secondari che denotano iperattività e impulsività.

La realtà clinica dell'ADHD

Nella loro realtà clinica questi sintomi si organizzano e si manifestano con una serie di aspetti complessi, nell'ambito dei quali non devono mai essere persi di vista. Andranno quindi sempre distinti:

- 1) Sintomi puri ("core symptoms");
- 2) Profili sintomatologici specifici (aggressività, disturbo socialità, immaturità, isolamento)
- 3) Problemi comportamentali associati (di cui il più frequente è quello opposizionale, definito come *"Oppositional Defiant Disorder"*, ODD)

Forma comorbida, prognosi peggiore

Le forme comorbide sono più correlate ad una serie di profili sintomatologici negativi per quanto riguarda il rapporto con l'ambiente, con veri e propri profili psichiatrici e, quindi, hanno una peggiore prognosi.

Le correlazioni più frequenti sono con:

Disturbi di Condotta (CD): aggressività, ansietà, psico-patologia materna, bassa auto-stima;

Disturbo Opposizionale (ODD): deprivazione sociale, basso rendimento scolastico, bassa competenza sociale.

Forma comorbida, prognosi peggiore

Tutto questo è dovuto, purtroppo, al fatto che i soggetti affetti da ADHD **manifestano nel tempo dei sintomi secondari** che si pensa siano il risultato dell'interazione tra le caratteristiche proprie del disturbo con l'ambiente scolastico, sociale, familiare in cui il bambino si trova inserito.

Basti pensare che il 58% degli studenti affetti da ADHD ha subito almeno una bocciatura durante la propria carriera scolastica, insuccessi che sono attribuiti al loro deficit cognitivo, alla loro scarsa motivazione o alla comorbidità con i disturbi dell'apprendimento scolastico che possono essere presenti nel 50% dei bambini ADHD.

Problemi relazionali

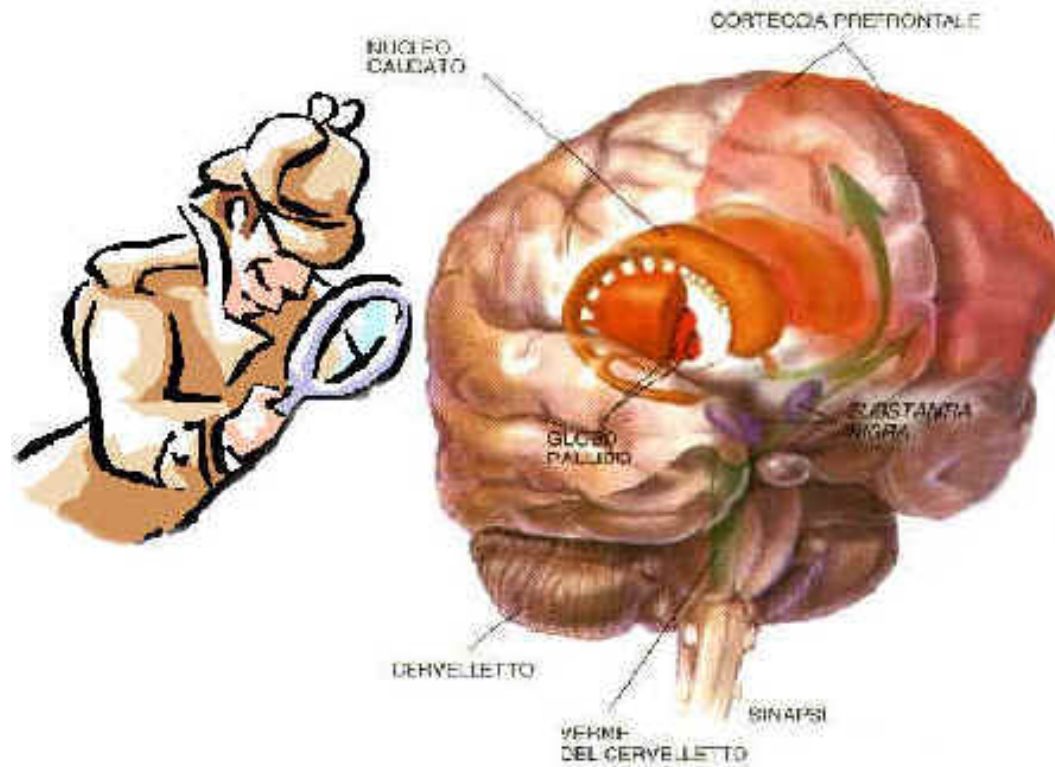
Per quanto riguarda i problemi relazionali, i genitori, gli insegnanti e gli stessi coetanei concordano che i bambini con ADHD hanno anche **problemi nelle relazioni interpersonali**. Vari studi di tipo sociometrico hanno confermato che bambini affetti da deficit di attenzione con o senza iperattività:

- ricevono minori apprezzamenti e maggiori rifiuti dai loro compagni di scuola o di gioco;
- pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri;
- presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore;
- non rispettano o non riescono a rispettare le regole di comportamento in gruppo e nel gioco;
- laddove il bambino con ADHD assume un ruolo attivo riesce ad essere collaborante, cooperativo e volto al mantenimento delle relazioni di amicizia;
- laddove, invece, il loro ruolo diventa passivo e non ben definito, essi diventano più contestatori e incapaci di comunicare proficuamente con i coetanei

PROBLEMI RELAZIONALI

Gli inevitabili fallimenti che il bambino ADHD accumulerà nella sua esperienza di vita - sociale, scolastico e familiare - favoriranno, inevitabilmente, lo sviluppo di tratti oppositivi e provocatori che rappresenteranno un aspetto molto problematico dell'ADHD, dal momento che questi tratti saranno i predittori di prognosi infauste: i ragazzi, infatti, che manifestano comportamento da deficit di attenzione/ iperattività e aggressività, saranno più a rischio di altri nello sviluppare comportamenti devianti, nell'incorrere in problemi con la giustizia o nell'uso di alcool e/o sostanze stupefacenti

CAPIRE LE CAUSE...



CAPIRE LE CAUSE...

Il Disturbo di Concentrazione (DC) con iperattività è determinato da un'alterazione prenatale e in parte congenita del metabolismo dei neurotrasmettitori dopamina e noradrenalina.

È in gioco il loro trasporto post-neuronale, relativo alle vie dopaminergiche del complesso sistema di controllo dell'attenzione costituito da talamo, sistema pallido-striatale, corteccia frontale e corteccia parieto-occipitale.

CAPIRE LE CAUSE...

Tecniche di elaborazione di immagini hanno indicato quali potrebbero essere le regioni cerebrali il cui cattivo funzionamento spiegherebbe i sintomi dell'ADHD.

Stando a questi lavori, sembrerebbero coinvolti la corteccia pre-frontale, parte del cervelletto e almeno due gangli della base.

La corteccia pre-frontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato e il globo pallido, sono significativamente meno estesi del normale nei bambini affetti da ADHD.

Anche il verme del cervelletto è di dimensioni inferiori alla norma.

CAPIRE LE CAUSE...

Le informazioni fornite dalle immagini sono significative perché le aree cerebrali di dimensioni ridotte nei soggetti affetti da ADHD sono proprio quelle che regolano l'attenzione.

La corteccia pre-frontale destra, per esempio, è coinvolta nella programmazione del comportamento, nella resistenza alle distrazioni e nello sviluppo della consapevolezza di sé e del tempo. **Il nucleo caudato e il globo pallido** agiscono interrompendo le risposte automatiche per consentire una decisione più accurata da parte della corteccia e per coordinare gli impulsi che attraverso i neuroni raggiungono le diverse regioni della corteccia.

L'esatto ruolo del **verme del cervelletto** non è stato ancora chiarito, ma indagini recenti fanno ritenere che abbia a che fare con l'essere più o meno motivati.

ANCHE FATTORI NON GENETICI?

I fattori non genetici che sono stati collegati all'ADHD includono la nascita prematura, l'uso di alcool e tabacco da parte della madre, l'esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali - soprattutto quelle che coinvolgono la corteccia pre-frontale. Presi insieme, tuttavia, questi fattori possono spiegare dal 20 al 30% dei casi di ADHD tra i maschi, e ancora di meno tra le femmine.

Contrariamente alla convinzione popolare, non si è trovata alcuna significativa correlazione tra ADHD e metodi educativi o fattori dietetici, come la quantità di zucchero consumata dai bambini

ANCHE FATTORI NON GENETICI?

L'**ambiente** non ha importanza decisiva nella genesi del disturbo di concentrazione, come per altri disturbi di condotta a base emotivo-educazionale, tuttavia l'esperienza esistenziale del bambino con Disturbo di Concentrazione, caratterizzato da "insuccessi" e frustrazioni nel campo relazionale, sociale e scolastico, potrà determinare **disturbi comportamentali secondari su base psico-emotiva**, che spesso accentuano e confondono gli stessi sintomi di iperattività e impulsività con cui il disturbo si presenta. In questo senso, la patogenesi dell'intero sistema di sintomi dell'ADHD si può considerare effetto della confluenza di fattori neuro-biologici e psicosociali, mediata da un disturbo dello sviluppo cognitivo-emotivo che assume un ruolo centrale.

ANCHE FATTORI NON GENETICI?

Nel 1975 *Feingold* avanzò l'ipotesi e dimostrò, poi, conducendo alcune ricerche di discutibile rigurosità metodologica, che **l'iperattività fosse una reazione di tipo tossica e/o allergica** ai coloranti e ai conservanti contenuti in numerosi cibi di cui i bambini, durante gli anni della scuola, fanno largo uso e che l'esclusione dalla loro dieta migliorava sensibilmente il loro comportamento. In realtà, i suoi risultati non sono stati confermati e una seria dieta sembra realisticamente difficile da realizzare. Inoltre, poiché molti bambini con allergie non presentano ADHD e molti bambini con ADHD non hanno allergie è necessario essere molto cauti nel trarre facili conclusioni. Potrebbe esistere un sottotipo di soggetti iperattivi che presentano intolleranze alimentari e/o allergie a causa di un irregolare funzionamento del SNC che determina anche una scarsa regolazione del livello di attenzione

IPERATTIVITÀ E COLORANTI ALIMENTARI ARTIFICIALI

Durante gli anni '70, le pubblicazioni scientifiche affermavano che circa il 30-50% dei bambini iperattivi miglioravano se sottoposti a una dieta priva di coloranti alimentari artificiali e salicilati (i salicilati sono naturalmente presenti in frutta e verdura come mele, ciliegie, uva, arance e pomodori). Altri studi hanno testato questa dieta e vari additivi alimentari tra gli anni '70 e '80 con risultati variabili; alcuni hanno evidenziato un notevole effetto della dieta sul comportamento mentre altri un effetto minimo

Non abbiamo una risposta scientifica definitiva circa il ruolo dei coloranti alimentari artificiali nel ADHD

IPERATTIVITÀ E COLORANTI ALIMENTARI ARTIFICIALI

A partire dal 20 luglio 2010, all'interno dell'UE le derrate alimentari contenenti i coloranti artificiali tartrazina (E102), giallo chinolina (E104), giallo arancio S (E110), azorubina (E122), Ponceau 4R (E124) e rosso allura AC (E129) devono recare, accanto alla denominazione, anche la scritta «può influire negativamente sull'attività e l'attenzione dei bambini». Questo, malgrado il fatto che lo studio che voleva evidenziare una tale relazione fra i coloranti e l'iperattività sia stato scientificamente confutato.



I geni per la dopamina

Forse determinanti sono quei disturbi che agiscono sul modo con cui il cervello utilizza la **dopamina**, una sostanza che funziona da neurotrasmettitore, trasportando segnali chimici da una cellula nervosa a un'altra. La dopamina è secreta dai neuroni in particolari zone del cervello per inibire o modulare l'attività di altri neuroni, in particolare di quelli coinvolti nell'emozione e nel movimento



I geni per la dopamina

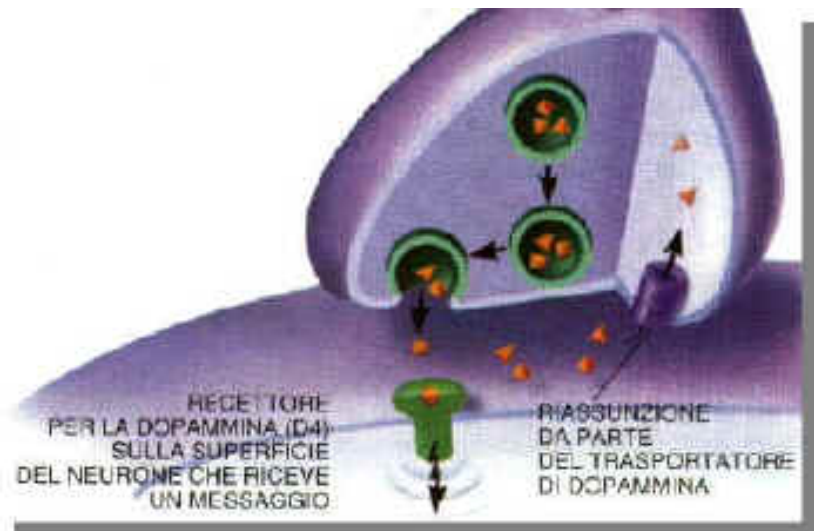
Alcuni studi molto convincenti mettono in particolare evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le istruzioni per la produzione dei recettori e dei trasmettitori della dopamina: questi geni sono molto attivi nella corteccia pre-frontale e nei gangli basali. **I recettori della dopamina** si trovano sulla superficie di alcuni neuroni. La dopamina trasporta il suo messaggio a questi neuroni legandosi ai recettori. **I trasportatori di dopamina** si protendono dai neuroni che secernono il neurotrasmettitore e recuperano la dopamina inutilizzata in modo che possa essere usata di nuovo.

Mutazioni nel gene per il recettore della dopamina possono rendere i recettori meno sensibili alla dopamina.

Al contrario, mutazioni nel gene per il trasportatore della dopamina

possono rendere eccessivamente attivi i trasportatori facendo

in modo che essi eliminino la dopamina secreta prima che essa abbia la possibilità di legarsi agli specifici recettori situati su un neurone adiacente.



I geni per la dopamina

Non sussistendo una sufficiente concentrazione di neurotrasmettitori che garantisca un adeguato trasporto del segnale nervoso, si verifica essenzialmente un'alterazione della funzione di blocco della reazione agli impulsi sensoriali e di selezione di questi in vista della scelta di adeguati handlings.
(manipolazione, attività operativa manuale)

La conseguenza è che il bambino con Disturbo di Concentrazione non sarà in grado di reagire agli stimoli ambientali attraverso un'adeguata scelta e graduazione del repertorio motorio e comportamentale.

In definitiva, si potrebbe affermare che i difetti genetici e di struttura cerebrale osservati nei bambini affetti da ADHD portano ai comportamenti caratteristici del disturbo dell'attenzione associato a iperattività riducendo la capacità di inibire comportamenti inadeguati e di autocontrollo
Questo è il deficit centrale nell'ADHD

EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Il Disturbo di Concentrazione (DC) con iperattività è determinato da un'alterazione congenita del trasporto post-neuronale neurotrasmettitori cerebrali (dopamina e noradrenalina). La complessa funzione di controllo dell'attenzione è la risultante dell'azione coordinata del talamo, del sistema pallido-striatale, della corteccia frontale e di quella parieto-occipitale, in un gioco reciproco di attivazione ed inibizione, che mantiene il SNC aperto alla ricezione di impulsi sensoriali significativi con conseguente appropriatezza di reazione.

Il sistema è strutturato in modo tale da avere una capacità limitata in modo tale che fisiologicamente non possa essere occupato da tanti segnali contemporaneamente, rendendo obbligatoria una selezione di essi ai fini dell'azione.

EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

La sua azione centrale è quindi quella della soppressione di stimoli irrilevanti a vantaggio dell'elaborazione di quelli rilevanti per un'azione adeguata.

A causa dell'insufficiente rilascio e dell'eccessivo reuptake di dopamina a livello sinaptico, il bambino con ADHD non possiede una concentrazione di neurotrasmettitori tale da permettere un adeguato funzionamento del sistema di controllo dell'attenzione, con blocco della reazione agli impulsi sensoriali e selezione di questi in vista della scelta di adeguati handlings.

Diversi dati indicano che il disturbo è ereditario e basato su un'alterazione dei geni che codificano la sintesi dei carriers responsabili del trasporto transneuronale e del re-uptake della dopamina

ADHD: STATO DELL'ARTE

INTERNATIONAL SCHOOL OF NEUROLOGICAL SCIENCE:
14TH ANNUAL SYMPOSIUM OF THE CHILD NEUROLOGY SECTION

Le neuroimmagini funzionali.

Il dato più rilevante riguarda le ridotte dimensioni globali dell'encefalo dei bambini con ADHD, dimensioni che tornano a valori medi alla fine dello sviluppo. Queste ridotte dimensioni riguardano specificamente il lobo frontale di destra, il nucleo caudato, i lobuli postero-inferiori del verme cerebellare.

Le immagini funzionali (PET, MRI) rivelano anomalie che interessano sia il lobo frontale che i gangli della base, e si accordano con l'idea che alla base della sindrome ci sia un disturbato rapporto del circuito dopaminergico fronto-stratale. Il metilfenidato aumenta la concentrazione extracellulare della dopamina e attiva il metabolismo del verme cerebellare.

L' AUTOCONTROLLO

L'autocontrollo - ossia la capacità di inibire o di posporre le immediate risposte motorie (e forse emotive) a un evento - è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito. Crescendo, la maggior parte dei bambini matura la capacità di impegnarsi in attività mentali, **le funzioni esecutive**, che li aiutano a vincere le distrazioni, a ricordare gli obiettivi e a compiere i passi necessari per raggiungerli.

Per conseguire un obiettivo nel lavoro o nel gioco per esempio, bisogna essere in grado di ricordare lo scopo (retrospezione), di chiarirsi ciò che serve per raggiungere quell'obiettivo (previsione), di tenere a freno le emozioni e di motivarsi.

L' AUTOCONTROLLO

Se una persona non riesce ad evitare l'interferenza di pensieri e impulsi, nessuna di queste funzioni può essere portata a termine con successo.

Nei primi anni, le funzioni esecutive sono svolte in modo esterno: avviene che i bambini parlino tra sé ad alta voce richiamando alla mente un compito o interrogandosi su un problema. Via via che maturano, i bambini imparano a interiorizzare, a rendere private, le funzioni esecutive, impedendo ad altri di conoscere i loro pensieri.

L' AUTOCONTROLLO

I soggetti con ADHD, invece, appaiono privi del "freno" necessario per inibire l'esecuzione davanti a tutti delle "funzioni esecutive".



IDENTIFICAZIONE E DIAGNOSI

Nonostante esistano diversi strumenti per la diagnosi orientativa di ADHD, c'è accordo generale sul fatto che lo strumento base per la diagnosi di screening dell'ADHD siano i criteri DSM.

La formulazione attuale vede i criteri DSM-III-R come più adatti ai bambini in età prescolare ed i criteri DSM-IV come più adatti all'età scolare.

IDENTIFICAZIONE E DIAGNOSI

età di inizio inferiore a 7 anni;

pervasività e non situazionalità del disturbo, cioè
presenza del disturbo in due o più settings ambientali;
grado di disfunzione, specie nell'ambiente scolastico.

Queste precauzioni servono a tener distinto l'ADHD da sintomi simili in soggetti per altro normali, ma soprattutto a delimitare chiaramente il disturbo dal resto dei problemi di condotta e da vere e proprie malattie psichiatriche con sintomi apparentemente simili, definiti come disturbi pervasivi dello sviluppo disturbo psico-evolutivo pervasivo, schizofrenia, disturbo dell'umore, nevrosi d'ansia, ritardo mentale, disturbo di apprendimento.

IDENTIFICAZIONE E DIAGNOSI

La più recente descrizione del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è contenuta nel DSM-IV, secondo il quale, per poter porre diagnosi di ADHD, un bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti; inoltre, è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

IDENTIFICAZIONE E DIAGNOSI

Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di ADHD - sottotipo disattento;

se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di HDHD - sottotipo iperattivo-impulsivo;

infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di ADHD - sottotipo combinato

IDENTIFICAZIONE E DIAGNOSI

I bambini con **ADHD - sottotipo disattento** presentano maggiori **problematiche emotive** (ansia o disturbi dell'umore), sono più timidi e ritirati socialmente.

Quelli con **ADHD - sottotipo combinato e sottotipo iperattivo-impulsivo** si oppongono più frequentemente alle richieste degli adulti, sono **più aggressivi** e, nel 30% dei casi, ricevono una seconda diagnosi di Disturbo della Condotta o di Disturbo Oppositivo-Provocatorio

DIAGNOSI: DMS-3-R

Positivo se 8 o più items interessano il bambino:

- 1) richiesto di stare seduto ha difficoltà a farlo
- 2) stimoli esterni al compito lo distraggono facilmente
- 3) fissare l'attenzione su un singolo compito o gioco è difficile
- 4) frequentemente salta da una attività all'altra senza completare la prima
- 5) muove spesso le mani o i piedi o si agita sul sedile
- 6) non vuole o non può aspettare quando coinvolto in attività di gruppo
- 7) prima che una domanda sia stata completamente posta interrompe con un'altra domanda
- 8) ha problemi nel portare a termine un lavoro e questa difficoltà non deriva da difficoltà di apprendimento o comportamento di sfida
- 9) non riesce a giocare in modo quieto senza difficoltà

DIAGNOSI: DMS-3-R

- 10) si butta impulsivamente in attività pericolose senza soppesare le conseguenze
- 11) perde facilmente cose come matite, attrezzi, carte che possono essere necessarie a svolgere compiti scolastici o altri lavori
- 12) interrompe altri in modo inappropriato, intramettendosi senza essere invitato
- 13) parla in modo impulsivo o eccessivamente
- 14) altri riferiscono che la persona affetta sembra non ascoltare quando gli si parla

DIAGNOSI: DMS-IV

Positivo se almeno 6 items riguardano il bambino

Inattention

- 1) spesso manca di dare tutta l'attenzione a dettagli o commette errori di incuria nei compiti scolastici, lavori o altre attività
- 2) spesso ha difficoltà a sostenere l'attenzione in compiti o attività di gioco
- 3) spesso sembra non ascoltare ciò che gli si dice
- 4) spesso non segue fino in fondo le istruzioni o manca di assolvere fino in fondo i compiti scolastici, lavori, etc
- 5) spesso ha difficoltà ad organizzare compiti ed attività
- 6) spesso evita o ha difficoltà ad iniziare compiti che richiedono un sostenuto sforzo mentale

DIAGNOSI: DMS-IV

Inattention

- 7) spesso perde cose necessarie per compiti o attività di scuola o di casa (matite, libri, giocattoli, istruzioni scritte)
- 8) è spesso distratto da stimoli estranei

DIAGNOSI: DMS-IV

Positivo se almeno 5 riguardano il bambino

Iperattività-Impulsività

- 1) spesso giocherella con le mani o i piedi e/o si contorce sulla sedia
- 2) lascia la sedia nella classe o in altre situazioni nelle quali è atteso che resti seduto
- 3) spesso corre in giro o si arrampica in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è inappropriato
- 4) spesso ha difficoltà a giocare o iniziare attività di tempo libero in modo tranquillo
- 5) è sempre in attività, o agisce come "spinto da un motore"
- 6) spesso parla eccessivamente

DIAGNOSI: DMS-IV

Impulsività:

- 1) spesso risponde alle domande prima che siano state completate
- 2) spesso ha difficoltà nell'aspettare il proprio turno in giochi o situazioni di gruppo
- 3) spesso interrompe o disturba gli altri (ad es. si intromette in giochi o conversazioni di altri)

MANIFESTAZIONI CLINICHE

Le manifestazioni cliniche dell' ADHD possono essere classificate in 3 tipi prevalenti :

- ADD-H hyperactive form (iperattività/impulsività);
- ADD-I inattentive form (forma tranquilla, femmine, problemi di apprendimento);
- ADD-C comorbid form (problemi comportamentali di tipo opposizionale, aggressione, delinquenza, basso QI).

SINTOMI SECONDARI E DISTURBI ASSOCIATI

I bambini con **ADHD** sono maggiormente a rischio per altre problematiche psicologiche.

Circa il 44% di essi presenta almeno un altro disturbo, il 32% ne presenta altri due e l'11% altri tre. In particolare il quadro della compresenza con altri disturbi è il seguente: tra il 20% e il 56% presentano anche un **Disturbo della Condotta**;

circa il 35% manifestano anche un **Disturbo Oppositivo/Provocatorio**;

il 25% soffre anche di **Disturbi dell'Umore** e un altro 25% ha **Disturbi d'Ansia**.

TRATTAMENTO

Sebbene siano state discusse diverse modalità di trattamento dell'ADHD, dopo diversi studi che confermavano l'efficacia del metilfenidato (RITALIN) e l'inefficacia delle sole misure psicoeducazionali, la parola definitiva sul trattamento è stata detta dal Collaborative Multimodal Treatment Study, uno studio canadese su bambini con ADHD da 7 a 9 anni, in cui erano paragonate varie modalità di trattamento.

Esso ha dimostrato la sicura efficacia del MF e la sua superiorità rispetto ad altri metodi terapeutici farmacologici e psicologici, anche se attesta che il trattamento collaterale psico-educazionale (scuola, terapie cognitivo-comportamentali e/o sistemiche) resta indispensabile.

La superiorità farmacologica del trattamento con stimolanti risulta evidente tenendo conto del fatto che solo essi interferiscono centralmente con il metabolismo dei neurotrasmettitori che regola il meccanismo fisiologico del sistema di controllo dell'attenzione, azione che essendo prevalentemente centrale rende molto ridotti i possibili effetti collaterali.

TRATTAMENTO

Il nostro Paese nel 2007 ha istituito, unico al mondo, un Registro dei bambini in cura per l'ADHD con i due farmaci in commercio in Italia, metilfenidato o atomoxetina: i medicinali possono essere prescritti solo dai Centri iscritti al Registro, che ha anche stilato criteri precisi per il percorso diagnostico e terapeutico

Un bimbo con sospetto ADHD, segnalato dal pediatra, viene valutato presso i centri di neuropsichiatria infantile del territorio dove, in caso di diagnosi, inizia la psicoterapia.

Se i problemi non si risolvono, arriva ai centri di riferimento e qui ripete i test diagnostici; poi, in caso di conferma di ADHD, si decide la strada terapeutica più indicata dando sempre la precedenza al trattamento senza farmaci

EFFETTI COLLATERALI

I due farmaci usati per l'ADHD infatti non sono privi di effetti collaterali: con il metilfenidato per esempio si rischiano danni cardiovascolari, l'atomoxetina aumenta il pericolo di suicidio. E di fatto si sa ancora poco sulle conseguenze di un uso a lungo termine, iniziato in tenera età. Sono farmaci da usare con cautela, solo quando servono davvero

Ma in Italia siamo lontani dagli eccessi statunitensi, dove c'è una tendenza alla prescrizione indotta anche dalla spinta a risparmiare: le pillole costano molto meno che imbarcarsi in psicoterapia dopo aver superato un iter diagnostico che richiede più di uno specialista e dalle 10 alle 12 ore di sedute, test e valutazioni cliniche del bambino

Da qualche parte viene segnalato l'inadeguatezza dei test, a cui risulterebbe positivo qualunque bambino appena un po' vivace ma i sintomi tra le altre cose devono persistere da almeno sei mesi, essere incongrui con il grado di sviluppo del bambino, creare disagio in più di un contesto.

TRATTAMENTO

Goal terapeutico è il raggiungimento di sufficienti livelli di concentrazione, con la scomparsa dei sintomi indicativi del DC, in assenza di effetti collaterali. In generale si avrà una minore quantità ed una migliore qualità ed appropriatezza di movimento, con miglioramento delle capacità comunicative e di apprendimento.

Il problema centrale del trattamento farmacologico dell'ADHD è, comunque, nella verifica dell'effetto terapeutico che, una volta accertato, giustificherà il suo prolungamento fin quando è necessario. Data la possibilità di errori diagnostici, che non va mai sottovalutata, lo stesso successo terapeutico conforta ex-adjuvantibus la diagnosi e, quindi, la verifica del suo raggiungimento mediante un prolungato follow-up è essenziale anche a questo scopo.

Indispensabile in tutte le fasi della terapia è la collaborazione di insegnanti e genitori.

IPERATTIVI O VIVACI?

Esistono ormai prove che l'EEG dei bimbi con ADHD è diverso dalla norma e ha caratteristiche specifiche . La valutazione dell'attività elettrica del cervello può indicare chi sta rispondendo ai farmaci, mentre i test approfonditi sull'attenzione individuano chi può trarre maggior beneficio dalle medicine. Una diagnosi accurata è fondamentale per impostare il trattamento più opportuno, che non per forza richiede il farmaco: spesso basta insegnare ai genitori un nuovo modello di comportamento col figlio, che lo gratifichi e lo incoraggi anziché farlo sentire diverso e "difficile", per innescare una risposta positiva.

UN PREMIO COME CURA PER I BAMBINI «IPERATTIVI»

Talvolta vale più un riconoscimento che una pillola, o per lo meno valgono tanto quanto: nei bambini affetti da ADHD pare infatti che un incentivo possa avere gli stessi benefici effetti di un farmaco.

È essenziale però che il premio sia immediato, in modo che il bimbo possa focalizzare il nesso causa-effetto

UN PREMIO COME CURA PER I BAMBINI «IPERATTIVI»

In uno studio della Nottingham University pubblicato su *Biological Psychiatry*, i ricercatori hanno misurato l'attività cerebrale durante il gioco di un gruppo di bambini affetti da ADHD. Nel videogame i piccoli volontari dovevano cacciare gli alieni di alcuni colori ed evitare gli alieni di altre tinte, mentre la loro attività cerebrale veniva monitorata attraverso un EEG. L'attività ludica era stata studiata appositamente per verificare il tasso di resistenza alla tentazione impulsiva di catturare l'alieno sbagliato. Il gioco è stato poi proposto in **due** varianti, di cui una prevedeva un ammontare di premi e penalità cinque volte superiore all'altra. E in quest'ultima variante il premio attribuito ai giovani giocatori è risultato avere la stessa efficacia del Ritalin, normalizzando le stesse aree del cervello.

Secondo i ricercatori, una giusta e congrua gratificazione può esercitare un'influenza sulla capacità di concentrarsi e di ponderare le decisioni pari a quella esercitata dai farmaci

UN PREMIO COME CURA PER I BAMBINI «IPERATTIVI»

Saranno gli stimoli crescenti a cui vengono sottoposti sempre più i giovanissimi, sarà che viviamo in una società multitasking e poco rispettosa dei tempi umani, in tutti i casi da anni si registra una crescita galoppante dell'ADHA nei bimbi

A volte, specie nei casi meno gravi, basta un premio, dato dalla persona giusta nel modo giusto. Senza disturbare gli psicofarmaci.

La scoperta di un premio che possa funzionare come effetto placebo è in questo senso rivoluzionaria

GIU' LE MANI DAI BAMBINI

**GIU' LE MANI
DAI BAMBINI!**



ADHD, Rimpiazzo sulle famiglie e l'abuso di psicofarmaci
VENERDI 21 MAGGIO - ORE 21,00

INTERVENGONO:
LUCA POMA
portavoce nazionale
"Giu le mani dai bambini"



GIAN LUCA VIGNALE
consigliere Regionale (PSL)

GAETANO SARANITI
Progetto Braccia Tese
CasaFond Italia Torino



presso l'Asso di Bastoni
via Cellini 11/A - TORINO

www.TorinoNonConforma.org www.CasaFond.org



GIU' LE MANI DAI BAMBINI

"Giù le Mani dai Bambini" è il più rappresentativo Comitato italiano con focus sui disagi dell'infanzia: raggruppa oltre 230 tra Università, Ordini dei Medici, associazioni genitoriali, socio-sanitarie e di promozione sociale, le quali rappresentano tramite i propri iscritti oltre 8 milioni di italiani.

La scommessa è stata quella di aggregare in un comune tavolo di lavoro realtà delle più differenti estrazioni e sensibilità, non necessariamente del settore pediatrico, le quali si sono impegnate a mettere a disposizione una quota del proprio tempo e delle proprie risorse ogni anno al fine di sostenere progetti e campagne sociali a favore dell'infanzia, ed in particolare a favore dei bambini italiani: non l'infanzia lontana - che pure merita la massima attenzione - ma il bimbo che soffre dietro la porta accanto alla nostra

GIU' LE MANI DAI BAMBINI

Negli Stati Uniti ad oltre undici milioni di bambini vengono somministrati quotidianamente anfetamine o psicofarmaci allo scopo di tentare di risolverne i disagi. Nelle scuole italiane, sono stati recentemente avviati programmi di screening di massa per individuare i bambini sofferenti di problemi di carattere psicologico. Se tuo figlio perde le cose, è disattento a scuola, interrompe spesso gli insegnanti od è aggressivo coi compagni di classe, non è detto che sia malato. Prima di sottoporlo ad una cura dagli esiti incerti e dagli effetti collaterali potenzialmente distruttivi, raccogli informazioni complete

Spesso un bambino ha solo necessità di essere ascoltato con attenzione. Non etichettare tuo figlio. Ascoltalo!"

GIU' LE MANI DAI BAMBINI

La tendenza a sottoporre i bambini a terapie prolungate a base di psicofarmaci - al fine di risolvere problemi che andrebbero invece probabilmente affrontati con metodologie pedagogiche ed educative - è ormai sempre più diffusa, e riguarda ormai molti milioni di bambini in età scolare e pre-scolare in tutto il mondo occidentale.

Il caso più eclatante è quello della cosiddetta ADHD, "malattia" che viene ormai diagnosticata fin dal primo anno di età e la cui "cura" prevede la prescrizione di psicofarmaci, terapia le cui linee guida sono contestate da associazioni di genitori, insegnanti, medici e giornalisti per la loro eccessiva genericità, che porrebbe a facile rischio di abuso nella somministrazione a bambini ed adolescenti.

È una vera e propria tendenza, quella di "schedare" bambini irrequieti e indisciplinati come "malati mentali": sono ribelli, "creano problemi", ed il farmaco diventa apparentemente il modo migliore per tenerli a bada.

CONCLUSIONI

Essendo l'ADHD, una problematica molto diffusa tra i bambini in età scolare, ed essendo essa parte di una problematica, i disturbi di condotta, che è oggi una delle espressioni più sensibili dell'ormai diffusissimo disagio psicosociale del bambino e della famiglia, in una società in cui il volto della patologia pediatrica prevalente è negli ultimi decenni profondamente cambiato, il PdF deve familiarizzarsi con essa e svolgere un ruolo centrale nella sua diagnosi e trattamento.

CONCLUSIONI

La disponibilità del MF (**RITALIN**), farmaco specifico e risolutivo per l'ADHD, nell'ambito di un approccio terapeutico relativamente semplice, farmaco da poco reintrodotta in Italia grazie ad una recente iniziativa degli stessi PdF italiani, e quindi prescrivibile, può permettere ai PdF, sia pure nell'ambito di un corretto modello di approccio ed in collaborazione con diverse figure professionali, di aiutare moltissimi bambini e famiglie, finora condannati ad un'esperienza esistenziale molto triste e difficile, ad avere un futuro migliore.

CONCLUSIONI

Il disturbo da inattentività-iperattività è un disturbo della nostra epoca. Un'epoca in cui la scuola è un passaggio obbligato, e che comporta difficoltà sociali e di affermazione per chi ne è affetto, proprio e quasi soltanto per le difficoltà che il disturbo arreca alla resa scolastica.

*È un disturbo multigenetico, ed è possibile che le diverse componenti genetiche siano ciascuna espressione di una mutazione con un vantaggio selettivo. È almeno pensabile che anche l'impulsività, o la iper-prontezza di decisione (magari anche di decisioni non ponderate, quelle che portano all'avventura, all'abbandono di casa, alle migrazioni), la stessa iperattività, l'aggressività adolescenziale, abbiano potuto **far emergere l'uomo** in un mondo aperto, vuoto e stabilmente critico.*

CONCLUSIONI

E' pensabile che queste mutazioni genetiche abbiano cominciato a esprimersi socialmente circa 40.000 anni fa, in cui, forse, è nata la parola e in cui, certamente, l'uomo ha, forse non per la prima volta, iniziato la grande diaspora che lo ha portato in tutte le terre emerse.

È un po' quello che è successo per i geni che facilitano il risparmio e l'accumulo delle riserve alimentari, vitali nel passato povero dell'uomo selvaggio, ingombranti per il presente ricco dell'uomo ipercivilizzato.

È giusto assumere farmaci che possono modificare la personalità? Questa è forse la domanda di fondo; non c'è dubbio che in questo esista qualche lontano pericolo (dico per l'uomo, non per il singolo paziente, che quasi indubbiamente trae un vantaggio nel "normalizzarsi").

Ma nemmeno si deve voler vedere troppo lontano.