



A.G.A.P.

Associazione
Gli Amici di Paolo

*“Campagna d’informazione
e sostegno
ai bambini iperattivi e disattenti”*

ADHD: SEPARIAMO I FATTI dalle OPINIONI

Per una “Corretta Informazione” dell’ A.D.H.D. dall’acronimo inglese: “ Attention Deficit Hyperactivity Disorder ” ovvero, “ Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività”, attraverso l’esperienza di vita dei genitori e la divulgazione scientifica.

Associazione Gli Amici di Paolo A.G.A.P

Sede: Via Naldi n°2 – 40133 Bologna

Cell. 339-2431784 - Tel e Fax: 051-568653

Email: frassi88@libero.it

www.associazioneagap.org

Sommario

1. A.D.H.D. cos'è.
2. IN CERCA di UNA CAUSA
3. DAI GENI AL COMPORTAMENTO
4. L'AMARA REALTA'
5. TESTIMONIANZE
6. ALLEGATI:
 - La Confederazione Italiana Pediatri e l'ADHD
 - ADHD ed il Pediatra di Famiglia
 - Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 95 del 24 aprile 2007
 - Volantino "AGAP"
 - Elenco libri consigliati

ASSOCIAZIONI per i Bambini A.D.H.D. :

Associazione **Gli Amici di Paolo "A.G.A.P."**
www.associazioneagap.org

Associazione **ABCD - Aiuto a Bambini Con Disturbi**
www.abcdonlus.org

A.I.F.A. Onlus - Associazione Italiana Famiglie ADHD
www.aifa.it

Associazione **AIDAI – Associazione Italiana Disturbi dell'Attenzione e Iperattività**
www.aidai.org

Istituto **Superiore della Sanità – Responsabile Dott. Pietro Pani**
www.iss.it/adhd

“Uno dei diritti fondamentali soprattutto dei bambini è il diritto alle migliori cure mediche possibili”
(UNESCO)

Dalla Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti affetti dal Disturbo da Deficit d’attenzione e Iperattività:

- il bambino, ragazzo o adulto affetto da ADHD ha il diritto di ricevere una *diagnosi qualificata* nella propria città presso un centro di riferimento convenzionato col SSN dove si attua un percorso diagnostico e terapeutico multimodale;
- Il bambino, ragazzo o adulto affetto da ADHD ha il diritto a ricevere *tutte le cure e le terapie necessarie* - comportamentali, psicologiche e farmacologiche - secondo le linee guida nazionali e internazionali;
- Bambini e genitori hanno il *diritto di partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano*. Ad ogni paziente, bambino o ragazzo, saranno evitate terapie mediche ed esami considerati non utili o superflui secondo quanto sancito dalle linee guida nazionali;
- Il bambino o ragazzo ADHD *ha diritto di essere rispettato e aiutato nel contesto sociale, familiare e scolastico*. Per questo i genitori e gli insegnanti hanno il diritto di ricevere istruzioni.
- I mass-media, i ministeri e le società scientifiche *hanno il dovere di divulgare le corrette notizie scientifiche sull’ADHD*.

Tratto da:

A.I.F.A. Onlus - Associazione Italiana Famiglie ADHD
www.aifa.it

A.D.H.D. cos'è:

L' ADHD, dall'acronimo inglese: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ovvero Disturbo da deficit d'Attenzione ed Iperattività, è uno dei disturbi di più frequente riscontro in neuropsichiatria dell'età evolutiva.

Si stima che il disturbo, nella sua espressione completa, coinvolga circa il 5% dei bambini in età scolare, in forma più lieve, una fascia sicuramente più ampia.

Il disturbo è caratterizzato dall'associazione di sintomi di disattenzione e/o instabilità motoria – impulsiva.

I bambini con ADHD appaiono spesso distratti, evitano di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti, hanno difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e/o di gruppo, a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei o a rimanere seduti a scuola o in altre situazioni.

Tutti questi sintomi non sono causati da deficit cognitivo (ritardo mentale), ma da difficoltà nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.

I sintomi d'ADHD sono presenti, almeno in parte, fin dai primi anni di vita del bambino. L'ADHD può associarsi ad altri disturbi o problematiche psicopatologiche quali: Disturbi dell'Apprendimento, Disturbi del Comportamento, le cosiddette comorbidità (es. opposizione nei confronti dei genitori, degli insegnanti e dei compagni), Disturbi d'Ansia, Disturbi Depressivi, Disturbi del Sonno, bassa autostima, difficoltà di coordinazione motoria.

Pertanto l'ADHD comporta una compromissione significativa sul piano scolastico, familiare e sociale con sofferenza, spesso non riconosciuta, per il soggetto e la sua famiglia e difficoltà di gestione da parte di tutte le figure che si relazionano col soggetto stesso: compagni, insegnanti, educatori, rieducatori, etc.

L'ADHD deve quindi essere diagnosticato precocemente per consentire agli specialisti di predisporre ed intraprendere con il bambino, la famiglia e la scuola, un piano d'intervento "multimodale", ovvero una terapia comportamentale e/o psicologica, (cui può essere associata una terapia farmacologica), che sviluppa un trattamento appropriato in grado di ridurre i sintomi principali (disattenzione, iperattività, impulsività) ed il conseguente disagio.

Attualmente è in aumento l'interesse per tale disturbo, ma la corretta diagnosi e la presa in carico adeguata dei bambini, adolescenti ed adulti con ADHD necessitano d'ulteriore informazione, formazione professionale, ricerca scientifica e momenti di confronto nell'ambito medico, educativo, sociale e divulgativo.

Il Disturbo può essere classificato **in tre forme diverse:**

- una classica, caratterizzata da iperattività, impulsività e disattenzione;
- una forma meno frequente e più difficile da riconoscere, in cui compare solo il deficit di attenzione (presente soprattutto nelle femmine);
- una terza, caratterizzata da prevalente iperattività ed impulsività.

IN CERCA DI UNA CAUSA

Negli ultimi dieci anni, alcuni studi fondati sulle moderne tecniche di elaborazione di immagini hanno indicato quali potrebbero essere le regioni cerebrali il cui cattivo funzionamento spiegherebbe i sintomi dell'ADHD.

Stando a quei lavori, sembrerebbero coinvolti la corteccia prefrontale, parte del cervelletto e almeno due gangli basali, ammassi di cellule nervose situati nelle profondità del cervello.

In uno studio approfondito di F. Xavier Castellanos, Judith L. Rapoport ed i loro colleghi del National Institute of Mental Health hanno scoperto che la corteccia prefrontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato ed il globo pallido, sono significativamente più ridotti del normale, nei bambini affetti da ADHD.

Inoltre, con successivi studi, il gruppo di Castellanos, ha trovato che, in questi bambini, anche il verme del cervelletto è di dimensioni molto inferiori alla norma.

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

La corteccia prefrontale destra, per esempio, è coinvolta nella programmazione del comportamento, nella resistenza alle distrazioni e nello sviluppo della consapevolezza di se 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.

Da che cosa deriva la ridotta dimensione di queste strutture cerebrali nei soggetti ADHD, nessuno lo sa. Studi recenti avvalorano l'ipotesi che il fenomeno può essere un disturbo poligenico, ossia determinato dal concorso di più geni alterati.

Alcuni studi convincenti mettono in particolare evidenza il ruolo svolto dai geni che impartiscono le istruzioni per la produzione dei ricettori e dei trasmettitori della dopamina; questi geni sono molto attivi nella corteccia prefrontale 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 ricettori.

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.

Già nel 1995, Edwin H. Cook ed i suoi colleghi dell'Università di Chicago, resero noto che i bambini affetti da ADHD avevano un'incidenza maggiore nel presentare una particolare variante del gene per il trasportatore di dopamina: DAT1.

Analogamente, nel 1996, Gerald J. LaHoste dell'Università della California a Irvine e i suoi collaboratori osservarono che, nei bambini affetti da ADHD era particolarmente abbondante una variante del gene per il recettore di dopamina: D4.

Le prime indicazioni sull'origine genetica dell'ADHD sono venute da ricerche condotte sulle famiglie dei bambini affetti dal Disturbo. Per esempio si è osservato che i fratelli e le sorelle di bambini con ADHD hanno una probabilità di sviluppare la sindrome da cinque a sette 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.

La prova più conclusiva del contributo genetico all'ADHD, però, viene dallo studio sui gemelli. Già nel 1992, Jacquelin J Gillis, allora all'Università del Colorado, e i suoi colleghi scoprirono che il rischio di ADHD in un gemello monozigote di un bambino affetto dal Disturbo è tra 15 e 20 volte superiore a quello di un fratello non gemello di un bambino con ADHD; si è valutato che tra il 55 e il 92 per cento di gemelli monozigoti di bambini affetti da ADHD finisca con lo sviluppare la sindrome.

Uno dei più ampi studi sull'ADHD relativo ai gemelli fu condotto da Helene Gjone e Jon M. Sundet dell'Università di Oslo, insieme con Jim Stevenson dell'Università di Southampton in Inghilterra. Coinvolgeva 526 gemelli monozigoti, che ereditano esattamente gli stessi geni, e 389 gemelli eterozigoti, la cui somiglianza genetica è analoga a quella di fratelli nati ad anni di distanza.

Il gruppo di ricerca scoprì che l'ADHD è ereditario quasi al 90 per cento, cioè che circa il 90 per cento delle differenze nell'attenzione, nell'iperattività e nell'impulsività tra persone affette da ADHD e persone sane può essere spiegato da fattori genetici.

DAI GENI AL COMPORTAMENTO

In che modo i difetti genetici di struttura cerebrale osservata nei bambini ADHD portano ai comportamenti caratteristici del disturbo dell'attenzione associato ad iperattività?

In definitiva, essi agiscono riducendo la capacità di inibire comportamenti inadeguati e di autocontrollarsi, il che, è il deficit centrale nell'ADHD.

L'autocontrollo, ossia la capacità di inibire o di posporre le immediate risposte motorie ed emotive, ad un evento, **è fondamentale per l'esecuzione di qualsiasi compito.**

Crescendo, la maggior parte dei bimbi matura la capacità di impegnarsi in attività mentali, le **FUNZIONI ESECUTIVE**, che gli 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.

Se una persona non riesce ad evitare l'interferenza di pensieri ed 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 di un problema.

Via via che maturano, i bambini imparano ad interiorizzare, a rendere private, le funzioni esecutive, impedendo ad altri di conoscere i loro pensieri.

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

Queste ultime possono essere raggruppate in quattro attività mentali:

1°) **Memoria di lavoro non verbale.**

2°) **Interiorizzazione del discorso autodiretto.**

3°) **Controllo delle emozioni, della motivazione e del livello di attenzione.**

4°) **Ricostituzione** (la capacità di scomporre i comportamenti osservati nelle loro componenti, che possono essere ricombinate in nuovi comportamenti tesi ad uno scopo)

1°) MEMORIA di LAVORO non VERBALE

Questa funzione ha lo scopo di **tenere a mente le informazioni, mentre si lavora ad un certo compito, anche se non si è più alla presenza dello stimolo originario che ha fornito l'informazione.**

Questa memoria è di fondamentale importanza per la tempestività ed il comportamento orientato allo scopo: fornisce i mezzi per la retrospezione, la previsione, la preparazione e la capacità di imitare un nuovo e complesso comportamento degli altri.

Tutte attività menomate nei soggetti affetti da ADHD.

2°) INTERIORIZZAZIONE del DISCORSO AUTODIRETTO.

Prima dei sei anni, la maggior parte dei bambini parla spesso ad alta voce tra sé, per esempio cercando di ricordare il modo per eseguire un certo compito o cercando di risolvere un problema (“Dove ho messo quel libro? Oh, l’ho lasciato sotto il banco”). Nella scuola elementare, questo comportamento si trasforma via via in un mormorio inavvertibile e di solito scompare intorno ai 10 anni.

Il discorso autodiretto interiorizzato, consente di riflettere su se stessi, di seguire regole ed istruzioni, di usare l’autointerrogazione per risolvere problemi e costruire “meta-regole”(sistemi per capire le regole in modo da poterle adoperare) rapidamente e senza coinvolgere altri.

Questa funzione avviene in ritardo nei bambini affetti da ADHD.

3°) CONTROLLO delle EMOZIONI, della MOTIVAZIONE, e dello STATO di ATTENZIONE

Questa funzione di “CONTROLLO”, **aiuta gli individui a raggiungere gli obiettivi, mettendoli in grado di porre o modificare le reazioni subitanee ad un evento potenzialmente distraente, a tenere per sé le emozioni e a porsi degli obiettivi.**

Coloro che sanno porre un freno alle loro reazioni immediate vengono anche accettati più facilmente nella società.

4°) RICOSTITUZIONE.....

Questa funzione esecutiva di “RICOSTITUZIONE”. **Racchiude in realtà due processi distinti: la SCOMPOSIZIONE di comportamenti osservati nelle loro componenti e la loro RICOMBINAZIONE in nuove azioni che non fanno parte del proprio bagaglio di esperienze.**

Questo è un processo formidabile che fornisce agli esseri umani un grado elevato di **destrezza, flessibilità e creatività: e che consente agli individui di proiettarsi verso un obiettivo senza dover imparare a memoria tutti i passi necessari.**

Permette ai bambini, via via che maturano, di tenere sotto controllo il proprio comportamento su intervalli sempre più lunghi, pianificando i comportamenti in modo da raggiungere lo scopo prefissato.

Diversi studi hanno dimostrato che i bambini ADHD sono molto meno capaci di “ricostruzione” degli altri.

Si ritiene che, come per il discorso autodiretto, anche le altre funzioni esecutive siano interiorizzate nel corso dell'evoluzione del sistema nervoso centrale che si verifica durante la prima infanzia.

Questa interiorizzazione è essenziale per formare l'immaginazione visiva ed il pensiero verbale.

Crescendo i bambini sviluppano la capacità di avere comportamenti segreti, di mascherare agli occhi altrui alcuni dei loro pensieri e sentimenti.

Per cui si è notato che, a causa di un difetto genetico e dello sviluppo embrionale, i bambini ADHD non raggiungono questa capacità ed eccedono quindi nelle verbalizzazioni e nel manifestare i propri comportamenti.

In pratica sembra che la disattenzione, l'iperattività e l'impulsività di questi bambini sono date dall'incapacità di farsi guidare da istruzioni interne e di controllare i propri comportamenti.

L'AMARA REALTA'

Da tutto quello detto sino ad ora, si capisce bene la necessità che questi ragazzi siano necessariamente ben diagnosticati, adeguatamente presi in carico e **senza preconcetto alcuno** inquadrati in un piano di cura "multimodale", che consta in una terapia comportamentale e/o psicologica, cui può essere associata una terapia farmacologica.

Tutto ciò è già stato sancito nella **Consensus Nazionale del 2003**, firmata da tutte le principali Società Scientifiche che si preoccupano di tutelare la salute dei bambini, tra cui: la Società Italiana Psichiatria, Società Italiana Pediatria, SINPIA, ecc.

A tutt'oggi però, nonostante tutte le ottime intenzioni prese e trascritte, le famiglie non trovano riscontro in ciò che troviamo ribadito pure nel Supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale n°95 del 24 / 04 / 07.(Vedi frontespizio allegato).

Qui, infatti, oltre a sancire la reintroduzione in Italia dei farmaci Ritalin (metilfenidato) e Strattera (atomoxetina); a pag. n°6, nell'art.n°5 si descrive bene l'attuazione del Registro Nazionale ADHD, (fortemente voluto dalle famiglie, a garanzia di un'accuratezza diagnostica e terapeutica, oltre che alla prevenzione di possibili abusi o usi incongrui dei farmaci), che consiste in un sistema di monitoraggio e di controllo, unico in Europa e nel mondo, attivato dal Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS).

I previsti Centri Regionali di Riferimento però stentano a decollare, non vi è un'informazione capillare in merito e poi da parte dei Neuropsichiatri di base si trovano barriere e preconcetti a volte insormontabili, anche se si è in possesso di diagnosi degli unici pochi Centri Ospedalieri che da anni studiano e monitorano l'ADHD.

Va da sé che i genitori, già distrutti nel cercare di gestire un figlio "pila duracell" ed "Attila" assieme, impazziscono nel non trovare qualcuno che spieghi correttamente che cos'ha, e cosa si deve fare per aiutare lui e loro.

Spiegare la frustrazione, il disagio, l'isolamento, il dolore, l'immensa fatica giornaliera, l'enorme preoccupazione del futuro e di ciò cui possono andare in contro sia le famiglie che i ragazzi, è un compito molto, ma molto difficile ed arduo.

Ci stiamo provando con la Campagna di Informazione e Sostegno iniziata col Convegno del 17 febbraio scorso, e proseguita al Convegno del 24 novembre, unitamente a tutte le altre nostre iniziative concomitanti, auspicandoci interessamento e solidarietà.

A darvi un piccolo barlume, alleghiamo alcune testimonianze di esperienze di vita, ed altro.

Dott.ssa Monica Pavan
Presidente Associazione AGAP

Un modello psicologico dell'ADHD

Funzione Danneggiata	Conseguenza	Esempio
Memoria di Lavoro non Verbale	Diminuzione del senso del tempo Incapacità di tenere a mente gli eventi Riduzione della capacità di retrospiezione Riduzione della capacità di previsione	Marco, un bambino di nove anni, dimentica regolarmente importanti impegni, come il termine massimo per consegnare la relazione su un libro o la convocazione dal Direttore della scuola.
Interiorizzazione del discorso Autodiretto	Carenze nel comportamento regolato Difficoltà nell'autoregolarsi e nel porsi domande	Giovanna, una bambina di 5 anni parla troppo e non riesce a darsi in silenzio istruzioni utili su come realizzare un compito.
Autoregolazione dell'umore, della motivazione e del livello di attenzione	Esibisce pubblicamente tutte le emozioni Non sa operare censure Ridotta autoregolazione degli impulsi e delle motivazioni	Andrea, un bambino di 8 anni, non riesce a concentrarsi in modo da leggere fino in fondo un racconto adeguato alla sua età e non sa nascondere la rabbia quando si sente frustrato per i compiti scolastici che gli vengono assegnati.
Ricostituzione (capacità di scomporre i comportamenti osservati nelle loro componenti che possono essere ricombinate in nuovi comportamenti tesi ad uno scopo)	Limitata capacità di analizzare i comportamenti e di elaborarne di nuovi Incapacità di risolvere i problemi	Luca, un ragazzo di 14 anni, smette smette di fare un compito a casa quando si rende conto di avere solo due delle cinque domande assegnate; non pensa a un modo per risolvere il problema, come chiamare un amico per farsi dare le domande mancanti.

I bambini ADHD manifestano difficoltà a controllare i propri impulsi, a posticipare le gratificazioni, non riescono a riflettere prima di agire, ad aspettare il proprio turno, a svolgere giochi organizzati e con uno scopo da raggiungere. Si differenziano dai coetanei per un'eccessiva attività motoria, appaiono agitati, irrequieti, incapaci di stare fermi.

Ne consegue un minor rendimento scolastico, una maggiore difficoltà a sviluppare le abilità cognitive e scarse capacità di instaurare rapporti sociali.

Si sviluppa invece un senso di inadeguatezza, demoralizzazione e demotivazione percepito dai frequenti insuccessi con una conseguente bassa stima di sé.

Lavorare quotidianamente con loro significa avere sempre, in ogni momento e in ogni attività, un occhio puntato sui loro comportamenti, spesso apparentemente immotivati e imprevedibili.

Significa essere in grado di gratificare esageratamente ogni piccolo risultato raggiunto e saper essere irremovibili di fronte alle loro intemperanze perché la coerenza dei comportamenti degli adulti di riferimento e la capacità di instaurare un rapporto privilegiato con loro può aiutare a limitare, almeno per alcuni periodi, le loro "esplosioni" di energia.

Significa anche, quando non c'è un aiuto specifico in classe, dover mediare su tutte le regole con il resto del gruppo classe.

Significa infine essere pronti ad "inventare" ogni giorno qualcosa di nuovo che attiri la loro curiosità e la loro attenzione.

E' un impegno pesante e gravoso, che non conosce soste e che non sempre viene riconosciuto neppure dalle famiglie che, troppo spesso, continuano a voler vedere in questi atteggiamenti solo un'eccessiva vivacità.

SARA insegnante.

L' ESPERIENZA DI UNA MAMMA

Quante e quante volte ho urlato: “Non ce la faccio più!” Ne ho perso il conto, innumerevoli. Quante volte le mie pazientissime amiche, hanno sopportato stoicamente tutte le mie lamentele a riguardo di ciò che mi succedeva, sembravo un’alienata, un’extraterrestre. Si può, però dire “Basta, mollo tutto” davanti ad un figlio diciamo “particolare”? Una madre che è tale, non può, non lo fa mai. Vi assicuro però che l’ho detto e ridetto tante volte, perché crescere un bambino affetto dal disturbo d’Iperattività e Disattenzione (A.D.H.D. ovvero Attention Disorder Hyperactivity Disease) è una cosa che va di là dalla comune pazienza e perseveranza, si arriva al limite di dar di matto. Non racconto bugie, ci sono bambini che nascono purtroppo con un irrefrenabile istinto a muoversi. Li vedi sin dalla culla: sgambettano, urlano, si contorcono e tu non sai che fare, resti sgomenta, e poi...non dormono MAI, 24 ore su 24. Impossibile dite; no, no, le “pile duracell” umane esistono eccome. Tante mamme come me lo sanno, quando iniziano a camminare poi, si è al patibolo, nell’arco di tre secondi li vedi arrampicarsi su tutto (sedie, tavoli, librerie), saltare sui divani, attaccarsi al lampadario e distruggere tutto al loro passaggio, incuranti sia degli ostacoli sia delle vostre vane urla ed esortazioni. Leggere una favola, fare le costruzioni? Magari! Roba da fantascienza, troppo noiose, addirittura troppo complicate per loro. Ascoltare chiunque, stare alle minime regole sia di gioco sia di relazione, cercare di portare a termine una cosa qualsiasi, è in pratica impossibile per questi bambini; con conseguenze disastrose sia nella vita familiare che sociale o scolastica, in altre parole: emarginazione totale. Un genitore è abbandonato a se stesso, spesso colpevolizzato, perché non sa educare suo figlio, non riesce a trattenerlo. Non si capisce come fa “questo selvaggio” in due secondi ad arrampicarsi sugli alberi ai giardini a scompigliare e fare a botte con i suoi compagni di gioco ed a correre dietro al cane che passa, affascinato dal quadrupede ed incurante di allontanarsi da voi, perdendosi. Non parliamo poi del lavoro-compiti! Qualsiasi concentrazione che duri per più di 10 min. è impensabile, oppure voi dovete dar loro stimoli sempre nuovi repentinamente, perché se le cose sono accattivanti e belle, apprendono alla velocità della luce ripetendovi tutto dall’inizio alla fine e viceversa. Finito però il gioco-compito, li vedete che si resettano, sì proprio come un computer, per tre secondi rimangono fermi dove si trovano ad occhi sbarrati senza sbatter le ciglia, così per loro è lo stop, non fanno più nulla. Tutto ciò può succedere nell’arco dei 5 min. che voi li lasciate alla scrivania per andar al bagno, e quando ritornate per continuare i compiti, loro sono completamente “disgregati” non sanno nemmeno cosa faccia 2+2. Ecco allora che l’adulto, genitore o insegnante, si sente frustato, preso in giro e la rabbia sale a livelli paradossali. Purtroppo non è colpa loro, il disturbo d’Attenzione ed Iperattività (A.D.H.D. nell’acronimo anglosassone) è un disturbo evolutivo dell’autocontrollo d’origine neuropsicologica, che interferisce con il normale sviluppo psicologico e ne compromette lo svolgimento delle comuni attività quotidiane quali: andare a scuola, giocare con i coetanei, rispettare le comuni regole familiari e sociali, non permettendo un adeguato inserimento ambientale. Il bambino, quindi, fatica a regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obbiettivi da raggiungere, e delle richieste dell’ambiente. Sarebbe come se in questo momento che state leggendo, foste bombardati da tanti altri eventi: televisione accesa, i figli che gridano, il telefono che squilla e voi non riuscite ad annullare tutti questi stimoli per focalizzarvi su ciò che state facendo. 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 fosse richiesta per cose non gradite, come una pagina di storia medioevale,

cosa fareste voi? E' importante precisare che si tratta di un vero e proprio disturbo che ha conseguenze negative per l'individuo stesso, in quanto rappresenta un serio ostacolo al raggiungimento d'obiettivi di vita personali; e per gli adulti di riferimento poiché causa loro sofferenza, stress e sconforto. Non consiste, quindi, in una semplice manifestazione di scarsa concentrazione o d'eccessiva "vivacità", presente in quasi tutti i bambini, soprattutto nei primi anni di vita; non è neppure una normale fase di sviluppo che ogni fanciullo deve superare, né tanto meno la risultante di una disciplina educativa impropria in quanto troppo permissiva. Non mi stancherò di ripeterlo, questi ragazzi vanno adeguatamente aiutati, e per fortuna oggi è possibile rivolgersi a personale medico competente e preparato. Non si può rimanere sordi davanti ad un disagio che può portare a seri problemi nell'età evolutiva. Sono la madre di un ormai ragazzo A.D.H.D. e so esattamente il calvario che ho passato in solitudine, e la fatica che ho sostenuto per farlo arrivare oggi ad un buon livello d'autoregolazione. Proprio per questo, mi rendo disponibile all'informazione, alla prevenzione, al sostegno reciproco verso quei genitori che si trovano nella mia stessa situazione. Una situazione la nostra, che non permette di lamentarsi, anzi, quando pensiamo di aver già raggiunto il fondo, è lì il momento in cui dobbiamo attingere all'estrema forza di volontà ed all'amore che alberga in noi, poiché seppur intelligente e dolcissimo il bimbo iperattivo ci tempesta di richieste!

Monica Pavan
Presidente Associazione AGAP

Dr. TIZIANO DALL'OSSO
Specialista in Pediatria
Via Masini, 57 - 40069 Zola Predosa (BO)
Tel. 335/298443 – Fax 051/750301 - E-mail: tizdal@tin.it

ADHD e Pediatra di Famiglia

ABSTRACT

Il ruolo del Pediatra di Famiglia (PdF), nel percorso di diagnosi e terapia del bambino affetto da disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è di fondamentale importanza. Il PdF è infatti la figura medica che prima di tutti può intercettare sia le difficoltà del bambino a rapportarsi con i coetanei, nella scuola ma anche nel gioco, sia il disagio, la totale impotenza che i genitori avvertono quando il loro figlio soffre di questa malattia. La consapevolezza di essere di fronte ad un problema prima organico e poi comportamentale, deve incentivare i PdF ad acquisire gli strumenti necessari per individuare, nel più breve tempo possibile, i sintomi che evidenziano una probabile ADHD. E' dimostrato infatti che più precoce sarà la diagnosi della Sindrome e più efficace sarà l'effetto della terapia.

Il compito del PdF deve quindi essere molteplice:

- **intuire** la presenza del disturbo, sia dall'osservazione del comportamento del bambino che dall'anamnesi raccolta con l'aiuto dei genitori e degli insegnanti,
- **inviare** il paziente nel Centro di neuropsichiatria infantile di riferimento per l'inquadramento e l'eventuale programma terapeutico,
- **seguire** lo stesso piano terapeutico e soprattutto monitorarne gli effetti nel tempo.

Tutto ciò ora è più semplice, attraverso l'esecuzione di visite programmate sul paziente sano, definite Bilanci di Salute e previsti negli ultimi due Accordi Collettivi Nazionali (ACN) per la Pediatria di Famiglia.

Uno di questi viene effettuato nel corso del quinto/sesto anno di vita e permette, nel caso in cui il bambino non abbia evidenziato prima sintomi sospetti, di individuare attraverso l'esame diretto e il questionario ai genitori, la presenza di fattori predisponenti.

La fiducia che sta alla base del rapporto di lavoro del PdF è la parola chiave necessaria a creare il feeling giusto con i genitori, condizione imprescindibile per poter coniugare la professionalità dello specialista pediatra alla definizione di una diagnosi ancora oggi misconosciuta.

La Confederazione Italiana Pediatri e la ADHD

Spesso negli ultimi tempi la stampa si occupa del Disturbo di attenzione con iperattività (ADHD), mostrando diffidenza sull'utilizzo di farmaci per attenuarne i sintomi, ma anche ponendo dubbi sulla reale esistenza della patologia "...c'è chi sostiene che la sindrome non esista". Agli scettici consiglieri di ascoltare la testimonianza di una madre di paziente affetto da ADHD, capirebbero che Gianburrasca non c'entra niente. Questi non sono bambini maleducati o esuberanti, sono invece bambini malati, che soffrono e che, se non trattati, vengono inevitabilmente emarginati, nella scuola ma anche nella vita sociale.

Sono tanti, i dati più attendibili parlano del 3% della popolazione infantile. Solo a Bologna (la città in cui lavoro) vi sono, secondo questi dati, circa 1.500 bambini con questa sindrome e la maggior parte di loro non sono diagnosticati, ne tantomeno curati.

Siamo d'accordo che il farmaco da solo non basta (anche se il 50% di quelli che lo usano presentano grandi miglioramenti), ma tra il non usarlo e, come dice Garattini, scambiarlo per un integratore, c'è una giusta via di mezzo. Sappiamo bene che il pericolo dell'abuso del farmaco è scongiurato dalla prescrizione sulla base di un piano terapeutico del Centro specialistico (non lo troveremo certo alla Coop nella sezione dei parafarmaci vicino alle creme antismagliature).

E' un dato di fatto che la malattia, oltre ad esistere, ha basi genetiche, mi spiace contraddire la sig.ra M.Rita Parsi, ma non siamo di fronte, come Lei ha scritto poco tempo fa su Il Resto del Carlino, a dei bambini disobbedienti e capricciosi, Pinocchio era di legno, loro invece hanno un'anima e soprattutto un'autostima che rischia di andare a farsi fottere se non vengono curati prima possibile, con il farmaco e, se ci sono i presupposti, anche con la terapia comportamentale che coinvolge i genitori.

Consiglierei agli scettici, quelli che adombrano un interesse delle multinazionali del farmaco dietro alla commercializzazione del Metilfenidato, di parlare con quei genitori, sentire dalla loro voce gli anni di inferno che hanno trascorso prima che il loro figlio fosse messo in terapia e soprattutto con quelli invece che non hanno ancora avuto questa possibilità (perché fino ad ora il farmaco era prescritto a pochi e solo in via sperimentale).

Auspico che la Turco non si lasci condizionare da associazioni fondamentaliste che non hanno niente di scientifico e prosegua nel cammino di modernizzazione della Salute, ma soprattutto di attenzione alle problematiche del bambino.

Su questa strada ha la piena collaborazione della Confederazione Italiana Pediatri (CIPe) che io rappresento

Tiziano Dall'Osso – Presidente Nazionale Confederazione Italiana Pediatri

ELENCO LIBRI CONSIGLIATI

AA.VV. **Il bambino iperattivo: prime informazioni.**

Ed. AIDA Ticino

Marzocchi G.M. **Bambini disattenti e iperattivi.**

Ed. Il Mulino

Munden A. & Arcelus J. **Il bambino iperattivo: guida al disturbo da deficit di attenzione/iperattività per medici, psicologi, insegnanti e genitori.**

Ed. Ecomind

Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. **Il bambino con deficit di attenzione/iperattività.**

Ed. Erickson

Zuddas A. Ancilletta B. Cavolina P. **Che cos'è l'ADHD? Manuale minimo per genitori ed insegnanti.**

Ed. Arti Grafiche Pisano di Cagliari

Cornoldi C. (2007) **Difficoltà e disturbi dell'apprendimento.**

Ed. Il Mulino, Collana Strumenti

Perticone G. (2005) **Deficit dell'attenzione iperattività e impulsività. Linee guida per la conoscenza e l'intervento.**

Ed. Armando Editore (Collana Medico Psico Pedagogica diretta da G. Bollea)

D'Errico R. **ADHD dalla clinica alla scuola alla famiglia.**

Ed. Giuseppe de Nicola Editore

D'Errico R. & Aiello E. **Vorrei scappare in un deserto e gridare.**

Ed. Giuseppe de Nicola Editore

Cordula Neuhaus **Gli adolescenti iperattivi e i loro problemi – Diventare adulti con ADHD.**

Cosa possono fare i genitori.

Ed. Casa editrice Le Lettere

Panizon F., Perco A. **Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra di famiglia – Una guida pratica sui disturbi dell'apprendimento e i disturbi del comportamento.**

Ed. Medico e Bambino

Nuzzo V. **ADHD – Manuale per la diagnosi e la terapia per il pediatra pratico e il pediatra di famiglia.**

Ed. Giuseppe de Nicola Editore

Cornoldi, Gardinale, Masi, Pettinò **Impulsività e autocontrollo – Interventi e tecniche metacognitive.**

Ed. Erickson

Poli S., Molin, Marzocchi G.M. **Attenzione e metacognizione.**

Ed. Erickson