



1° Convegno Regionale AIFA Onlus
 Ex Cinema EDISON
 Piazza Colajanni (vicino Ospedale dei Bambini)
 Palermo 10/12/2004

**“ADHD: clinica, scuola e famiglia,
 una sfida da vincere insieme”
 Un convegno per i genitori, gli insegnanti,
 gli operatori sanitari e sociali sul
 “Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività”**

Con il patrocinio di

Comune di Palermo - Assessorato alla Salute e Servizi alla Persona
 Regione Siciliana
 Provincia Regionale di Palermo - Assessorato alle Politiche Sociali
 MIUR CSA di Palermo
 SINPIA Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
 A.N.Pe.C. Associazione Nazionale Pedagogisti Clinici
 Associazione Logopedisti Siciliani
 KIWANIS

PROGRAMMA

- ore 15.30 **Apertura del Convegno**
Janine Blosen Scibetta, Referente AIFA Sicilia
 Saluto delle Autorità
- ore 15.45 **Che cos'è l'ADHD?**
Raffaele D'Errico, Pediatra Presidente AIFA
- ore 16.15 **Diagnosi e percorso terapeutico multimodale**
Antonella Gagliano, Neuropsichiatria Infantile Università di Messina
- ore 16.45 **Sperimentazione di un protocollo di intervento cognitivo-comportamentale
 per la presa in carico dell'ADHD**
Arianna Ascolillo, Psicologa Insegnante D.D. Crullas Palermo
- ore 17.15 BREAK
- ore 17.30 **ADHD e learning disabilities: un'esperienza di ricerca-azione**
**Evelina Arcidiacono, Psicopedagogista Psicologa Servizio Psicopedagogico
 dell'Osservatorio Provinciale sul fenomeno della dispersione scolastica e per
 il successo Formativo di tutti, CSA di Palermo**
- ore 17.50 **Il bambino ADHD a scuola: autoregolazione cognitiva e strategie
 metacognitive in ambito scolastico**
Evelina Maffey, Pedagogista, Insegnante Referente AIFA Agrigento
- ore 18.20 **ADHD e società: i genitori**
Domenico Idone, Referente AIFA Calabria
Giovanni Bracchitta, Referente AIFA Ragusa
- ore 18.50 Sessione di domande e risposte tra pubblico e relatori

ABSTRAC

A CURA DI AIFA SICILIA

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (ADHD)

Raffaele D'Errico

Pediatra, Presidente AIFA Onlus

Definizione di ADHD

ADHD, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, è uno dei più frequenti disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva che esordisce in età pediatrica caratterizzato da un marcato livello di disattenzione e da una serie di comportamenti secondari che denotano iperattività e impulsività. I bambini affetti da ADHD, pertanto, non riescono a controllare le loro risposte all'ambiente, sono disattenti, iperattivi e impulsivi tale da compromettere la loro vita di relazione e scolastica.

Diffusione

L'ADHD colpisce il 4% circa della popolazione pediatrica ed è uno dei principali problemi medico-sociali dell'infanzia dal momento che è:

- ? una delle più frequenti diagnosi psichiatriche infantili extra-ospedaliere
- ? uno dei maggiori problemi di salute in termini sanitari
- ? il più comune problema comportamentale infantile.

Durata della malattia

Contrariamente a quanto si riteneva in passato, l'ADHD non è un problema marginale che si risolve con l'età, dal momento che persiste infatti in circa due terzi dei casi fino all'adolescenza e in circa un terzo fino all'età adulta. Inoltre, molti tra coloro che non rientrano più nella descrizione clinica di ADHD hanno ancora significativi problemi di adattamento nel lavoro, a scuola o in altri contesti sociali.

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

Problemi relazionali

Genitori, insegnanti e coetanei sono tutti concordi nel sostenere che i bambini con ADHD manifestano evidenti difficoltà nelle relazioni interpersonali (*Pelham e Millich 1984*).

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 (*Carlson et al, 1987*);
- ≠ pronunciano un numero di frasi negative nei confronti dei loro compagni dieci volte superiori rispetto agli altri;
- ≠ presentano un comportamento aggressivo tre volte superiore (*Pelham e Bender, 1982*);
- ≠ 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.

Gli inevitabili fallimenti che il bambino ADHD accumulerà nella sua esperienza di vita - sociali, scolastici e familiari - favoriranno, inevitabilmente, lo sviluppo di tratti oppositivi e provocatori. Questi ragazzi sono più a rischio rispetto ai coetanei di sviluppare comportamenti devianti, di incorrere in problemi con la giustizia o di abusare di alcool e/o sostanze stupefacenti (*Taylor et*

al 1996).

Le cause

Negli ultimi dieci anni, alcuni studi fondati sulle moderne tecniche di neuroimaging hanno indicato quali potrebbero essere le regioni cerebrali il cui cattivo funzionamento spiegherebbe i sintomi dell'ADHD. Si è scoperto che la corteccia prefrontale destra e due gangli basali, il nucleo caudato e il globo pallido, sono significativamente meno estesi del normale nei bambini affetti da ADHD e anche il verme del cervelletto è di dimensioni inferiori alla norma (*Xavier Castellanos, Journal of the American Medical Association, 09/10/2002*).

Le aree cerebrali, di dimensioni ridotte nei soggetti affetti da 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 sé e del tempo.

Determinante genetica

Da alcuni anni i ricercatori hanno anche iniziato ad evidenziare le cause genetiche. L'ADHD dipenderebbe infatti da un difetto evolutivo nei circuiti cerebrali che stanno alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo. A sua volta, la mancanza di autocontrollo pregiudica altre importanti funzioni cerebrali necessarie per il mantenimento dell'attenzione.

Si è osservato inoltre che 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 50% di probabilità in più di sperimentare le stesse difficoltà.

Fattori non genetici

I fattori non genetici collegati all'ADHD sono: nascita prematura, uso di alcool e tabacco da parte della madre, esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia e le lesioni cerebrali - soprattutto quelle che coinvolgono la corteccia prefrontale. Considerati nel loro insieme, tuttavia, questi fattori possono spiegare dal 20 al 30% dei casi di ADHD tra i maschi, ed una percentuale ancora inferiore tra le femmine.

Contrariamente alla convinzione popolare, infine, non si è trovata alcuna significativa correlazione tra ADHD e metodi educativi o fattori dietetici.

Diagnosi

La sindrome può essere classificata in tre forme diverse:

- ✍ una classica, caratterizzata da iperattività, impulsività e disturbo d'attenzione;
- ✍ 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 e impulsività.

Accanto a queste forme, possono essercene apparentemente altre determinate dal sommarsi del disturbo di base con disturbi comportamentali secondari o con altri disturbi psichiatrici, dette forme *comorbide*.

Lo strumento diagnostico principale, unanimemente accettato, per la diagnosi di ADHD è il *DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - un questionario in grado di esplorare i sintomi tipici che appartengono ai tre aspetti comportamentali classici della malattia: deficit di attenzione, impulsività e iperattività. Il DSM-IV (ultima edizione) però deve essere considerato un test di primo livello atto ad esplorare i comportamenti del bambino per comprendere se è plausibile ipotizzare un disturbo da deficit dell'attenzione con o senza iperattività/impulsività. Spetterà poi ad un centro di secondo livello o a neuropsichiatri esperti confermare con ulteriori indagini cliniche il sospetto diagnostico.

Fondamentale nel processo diagnostico sarà considerare che i sintomi:

- ✍ siano comparsi prima dei 7 anni;
- ✍ siano presenti in più contesti di vita del bambino (per esempio casa e scuola);
- ✍ creino un chiaro e documentato deficit clinico nella funzione sociale, scolastica, familiare;
- ✍ non compaiano nel corso di una turba pervasiva dello sviluppo né siano attribuibili ad altre turbe mentali.

Terapia

La terapia per l'ADHD, nei casi da moderato a severo, si basa su un approccio multimodale che combina gli interventi psicoeducativi (sempre) con un'adeguata terapia farmacologica (in

alcuni casi).

Diagnosi e trattamento dell'ADHD

Antonella Gagliano

U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile – Policlinico G. Martino - Università di Messina

Per porre diagnosi di ADHD occorre effettuare una valutazione molto accurata del bambino e devono essere raccolte informazioni da più fonti (bambino, genitori e insegnanti) valutando tanto il comportamento che il grado di compromissione funzionale del bambino e le sue capacità di adattamento al contesto in cui vive.

Secondo il DSM-IV per diagnosticare l'ADHD è necessario: che siano osservabili almeno sei dei nove sintomi di inattenzione e/o iperattività elencati, che i sintomi esordiscano prima dei sette anni d'età e durino da più di sei mesi, che siano evidenti in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambienti di gioco) e che causino una significativa compromissione del funzionamento globale del bambino (APA 1994). Sempre secondo i criteri del DSM-IV, possono essere distinti tre tipi di ADHD: uno prevalentemente inattentivo, uno prevalentemente iperattivo/impulsivo ed uno combinato (APA 1994).

Anche se non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD e la diagnosi è essenzialmente clinica, i questionari per genitori ed insegnanti, le scale di valutazione ed i tests neuropsicologici possono risultare utili nella raccolta di informazioni, nella misurazione della severità del disturbo e nel monitoraggio nel tempo della sintomatologia. E' pertanto prassi diffusa avvalersi, nel procedimento diagnostico, di questionari e di interviste semistrutturate; tali strumenti, se standardizzati e validati, costituiscono un utile completamento dell'osservazione clinica anche in virtù del fatto che descrivono il comportamento del bambino nella quotidianità e nel contesto ambientale in cui vive (famiglia, scuola) rendendo la valutazione più completa ed ecologica.

Alcuni di questi strumenti indagano esclusivamente la sintomatologia ADHD, altri esplorano i diversi ambiti della psicopatologia in modo da rilevare la presenza di eventuali disturbi associati.

Gli strumenti maggiormente utilizzati sono: *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA; Reich et al. 1997); *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach 1991); *Conner's Teacher Rating Scale- Revised e Conner's Parent Rating Scale* (CTRS-R, CPRS-R, forma lunga "L" e breve "S"; Conners 1997); *Disruptive Behavior Disorder Rating Scale* (DBD; Pelham 1992, versioni validate italiane: SCOD-I e SCO-G, Marzocchi et al. 2001); *ADHD Rating Scale-IV* (DuPaul et al; 1998); *SNAP-IV* (Swanson, Nolan and Pelham; Swanson 1992); *SDAG e SDAI* (Cornoldi et al., 1996)

Non bisogna dimenticare inoltre che, soprattutto nel corso delle prime osservazioni, il pattern comportamentale tipico del disturbo può non emergere, soprattutto se il bambino è opportunamente stimolato e gratificato e si ritrova a vivere una situazione nuova, altamente strutturata, ricca di stimoli e gratificante. Di contro, il disturbo risulta più evidente in contesti noti e routinari o scarsamente strutturati; in tal caso infatti i bambini con ADHD raggiungono rapidamente un elevato livello di "noia" e cominciano a spostarsi da un'attività all'altra, senza concentrarsi e senza portarne a termine nessuna; esibiscono inoltre un'eccessiva attività motoria (ad es. si muovono continuamente sulla sedia, toccano tutto, lanciano oggetti, si spostano da una posizione all'altra, etc), non controllano i propri impulsi e non riflettono prima di agire ("*la mano è più veloce del pensiero*"), non sanno aspettare il proprio turno (anche nella conversazione tendono ad incalzare ed a prevaricare l'interlocutore) e non riescono a differire nel tempo una gratificazione (rinunciano adesso per ottenere dopo un premio più grande).

Anche le caratteristiche neuropsicologiche dei soggetti con ADHD possono essere oggetto di indagine per meglio delineare il profilo di funzionamento del soggetto e comprendere le disfunzioni che sostengono il quadro comportamentale ed adattivo. Oltre all'*Attenzione*, è importante studiare i processi di controllo e regolazione strategica delle risposte cognitive (*Funzioni Esecutive*) con strumenti diagnostici come il *Continuous Performance Test* (Marzocchi e Menazza, 1998), il *Test delle Campanelle* (Biancardi e Stoppa, 1997), il *Wisconsin Card Sorting Test* (Tagliabue et al., 1998), il *Matching Familiar Figure Test* (Marzocchi e Cornoldi, 1998).

Occorre distinguere l'ADHD dalla normale vivacità e dai fisiologici livelli elevati di attività, tipici dei bambini, che però non determinano una compromissione funzionale come accade nell'ADHD. Si deve inoltre escludere la presenza di patologie organiche (come i disturbi del sonno, i deficit sensoriali visivi

e/o uditivi, l'ipertiroidismo) che possono sostenere un quadro comportamentale simile a quello dell'ADHD.

La diagnosi è resa più complessa dal fatto che la maggior parte dei bambini con ADHD presenta altri disturbi associati (comorbidità) come disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia), turbe del linguaggio, disprassia, tics, disturbo oppositivo-provocatorio, turbe della condotta, problematiche psicopatologiche (ansia, depressione, disturbo bipolare).

Il procedimento diagnostico è in conclusione un percorso lungo, complesso, multimodale e multidisciplinare e deve essere gestito da personale esperto e disposto ad approcciarsi al bambino con pazienza e ad impiegare il tempo necessario a comprendere appieno le caratteristiche di ogni bambino per formulare piani di intervento mirati ed individualizzati.

Trattamento dell'ADHD

Le ricerche condotte nell'ultimo decennio hanno dato un contributo sostanziale alla comprensione dei correlati neurobiologici del fenotipo clinico dell'ADHD. Non è stata identificata una causa unica del disturbo ma ha preso corpo l'ipotesi che l'etiologia sia multifattoriale con riferimento ad una complessa combinazione di fattori genetici, neurobiologici ed ambientali (Castellanos e Tannock, 2002; Spencer et al., 2002), Parallelamente all'ampliamento della conoscenza delle cause biologiche del disturbo, del suo substrato neuro-funzionale e dei disordini neuropsicologici che lo sottendono, si sono aperte nuove prospettive di intervento terapeutico. La terapia dell'ADHD si basa attualmente su un approccio multimodale e prevede la combinazione di interventi psicosociali con terapie mediche.

La famiglia, la scuola e lo stesso bambino devono essere coinvolti nel progetto terapeutico in modo da formulare un piano terapeutico il più possibile individualizzato e modellato sui punti di forza e sui punti di debolezza del singolo bambino.

E' certamente vero che *il primo atto terapeutico è la diagnosi*, intesa come consapevolezza dell'esistenza del disturbo e diffusione di una corretta informazione sulle cause che lo sostengono e sulle caratteristiche dello stesso. E' inoltre indispensabile assicurare il coordinamento delle strutture sanitarie, scolastiche e sociali coinvolte nella vita quotidiana del bambino allo scopo di *costruire* intorno al bambino con ADHD l'ambiente più adatto per il recupero. In tal senso risulta indispensabile garantire un costante supporto alla famiglia, anche favorendo i contatti con altre famiglie con problemi simili.

Secondo le attuali Linee Guida della SINPIA (Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, Agosto, 2004) 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 ed inadeguati
3. Migliorare le capacità di apprendimento scolastico (quantità di nozioni, accuratezza e completezza delle nozioni apprese, efficacia delle metodiche di studio)
4. Aumentare le autonomie e l'autostima
5. Migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini/adolescenti affetti.

In definitiva, il trattamento dell'ADHD non può avere come obiettivo solo la riduzione dei sintomi fondamentali del disturbo, ma deve proporsi di incidere globalmente sul benessere del bambino, riducendo i comportamenti inadeguati ed incrementando le capacità di adattamento, di apprendimento e di autonomia personale dell'individuo. Un piano terapeutico valido deve anche tenere presente che la maggior parte di soggetti con ADHD presenta uno o più disturbi psichiatrici e/o neuropsicologici in comorbidità e che questi disturbi possono contribuire in modo importante alla compromissione funzionale del paziente e richiedere uno specifico intervento.

Una concettualizzazione largamente condivisa del piano di trattamento prevede l'approccio farmacologico per i sintomi cardine del disturbo (inattenzione, impulsività ed iperattività) e l'intervento psicosociale e psicoeducativo sulla famiglia, sulla scuola e sui bambini per i disturbi della condotta, di apprendimento e di interazione sociale (Cantwell 1996).

Il trattamento va pertanto personalizzato sulla base del profilo sintomatologico del paziente, con l'obiettivo di incrementare la sua qualità di vita e di ridurre quanto più possibile gli esiti funzionali del disturbo. Inoltre, stante l'estensione dei problemi ai diversi contesti di vita del bambino, occorre adottare interventi multimodali e differenziati non solo sul paziente, ma anche sui genitori e sugli insegnanti.

Le possibili modalità di intervento diretto sul bambino sono rappresentate dalla psicoeducazione, dalla terapia cognitivo-comportamentale e dalla psicofarmacoterapia. Sulla famiglia si può intervenire con la psicoeducazione e con il parent-training (suggerire strategie per la gestione e la modifica dei comportamenti negativi del bambino e migliorare la qualità delle interazioni familiari e sociali). In ambito scolastico è utile promuovere negli insegnanti l'adozione di adeguate strategie educative che facilitino nel bambino l'apprendimento e l'integrazione scolastica (Barkley, 1998).

Terapia Farmacologica

Esistono numerose evidenze secondo cui i farmaci che modulano i sistemi dopaminergico e noradrenergico possono migliorare l'iperattività, l'impulsività e l'inattenzione. Questo effetto potrebbe essere legato al fatto che i circuiti che controllano l'attenzione sono più piccoli e meno attivi nei soggetti con ADHD (Faraone & Biederman, 1999); questi circuiti includono aree della corteccia pre-frontale deputate al controllo di funzioni neuropsicologiche come la working memory, lo stato di allerta e l'inibizione della risposta. Tali aree sono ricche di recettori per le catecolamine. La dopamina e la noradrenalina sono, tra i neurotrasmettitori, quelli principalmente coinvolti nella modulazione dell'attenzione e dell'attività. In tal senso i sistemi dopaminergico e noradrenergico giocano un ruolo fondamentale nella fisiopatologia dell'ADHD e costituiscono importanti punti di attacco per il trattamento farmacologico.

La psicofarmacoterapia dell'ADHD si avvale di farmaci che intervengono sui sistemi neurotrasmettitoriali interessati nel disturbo (dopaminergico e noradrenergico). Gli psicostimolanti, che intervengono principalmente sul sistema dopaminergico, producono un aumento dell'attività delle catecolamine bloccando i trasportatori specifici con aumento della disponibilità di neurotrasmettitore nel vallo sinaptico. Il Metilfenidato è, tra gli stimolanti, quello più largamente studiato ed utilizzato nella pratica clinica (nettamente meno in Europa che negli USA). Le sedi d'azione del farmaco sono rappresentate da aree corticali, come la corteccia frontale, ma anche da aree sottocorticali (gangli della base, mesencefalo e tronco encefalico). La sua elevata efficacia (70%) è provata da un elevato numero di studi controllati (Santosh & Taylor, 2000; Wilens & Spener, 2000). Sono descritte tuttavia alcune limitazioni, come la rapida cessazione degli effetti (durata d'azione di 2-4 ore) ed alcuni potenziali effetti indesiderati che riducono la compliance (diminuzione dell'appetito, perdita di peso, insonnia, cefalea). Il metilfenidato deve essere utilizzato con estrema prudenza anche in bambini con ADHD di età inferiore ai sei anni e nei soggetti che presentano tics o di sindrome di Gilles de la Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, angina o aritmie cardiache, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela nei bambini ed adolescenti con epilessia e disturbo bipolare. Quando si usa in età adolescenziale occorre prendere in considerazione il rischio di abuso.

Tra farmaci non stimolanti, l'Atomoxetina è il primo farmaco approvato dalla FDA per il trattamento dell'ADHD. I numerosi trials clinici già effettuati rilevano un'efficacia pari a quella degli stimolanti con ridotti eventi avversi (riduzione dell'appetito, dermatiti, dispepsia, più spesso transitori). Questo farmaco appare inoltre efficace nei pazienti che non rispondono agli stimolanti. Agisce sul sistema noradrenergico come inibitore del trasportatore pre-sinaptico della NA e mostra una selettività di azione sulle aree corticali; la mancata azione sulle aree sottocorticali spiega l'assenza del rischio di abuso. La durata dell'effetto è di circa 12 ore.

L'MTA (Multimodal Treatment Study of Children With ADHD) è l'indagine clinica randomizzata sull'efficacia terapeutica dei diversi approcci più importante ed estesa (579 bambini esaminati). Ha posto a confronto 4 diverse possibili strategie di trattamento (la terapia farmacologica da sola, la terapia cognitivo-comportamentale da sola, la combinazione del trattamento farmacologico e di quello cognitivo-comportamentale ed il trattamento di routine effettuato sul territorio). Al 14° mese di follow-up il trattamento combinato ed il farmacologico da solo erano significativamente ($p < 0,001$) più efficaci della sola terapia cognitivo-comportamentale e di quella di routine. Tra le prime due strategie si registrava un'efficacia leggermente superiore per il trattamento combinato ($p < 0,05$).

Questo ed altri studi sottolineano la complessità dell'intervento terapeutico e le multiformi sfaccettature del disturbo che rendono indispensabile l'intervento di più figure professionali sia nella fase diagnostica che nella gestione terapeutica (neuropsichiatra infantile, pediatra, psicologo, pedagogo, assistente sociale).

La famiglia e la scuola assumono un ruolo centrale tanto per la raccolta di informazioni a fini diagnostici quanto per l'attuazione dei percorsi di recupero che devono inevitabilmente prevedere una modifica dell'ambiente in cui il bambino vive.

Ogni bambino con ADHD dovrebbe essere seguito con visite periodiche per almeno due anni, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso e dovranno essere monitorate l'intensità

dei sintomi , la compromissione del funzionamento globale, l'eventuale comparsa di comorbidità e/o complicanze, l'efficacia e la tollerabilità degli interventi terapeutici (Documento finale della Conferenza Nazionale di Consenso, Boll di NPI anno X, n. 1, 2003).

References

- Barkley RA (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment New York: Guilford Press.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K *et al*,(1990) Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III ADD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 526-33.
- Castellanos F, Tannock R, (2002) Neuroscienze of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* ; 3: 617-628
- Castellanos FX, Lee PP, Sharp W *et al* (2002), Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder *JAMA*; 288: 1740-48
- Faraone SV, Biederman J. The neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Charney DS, Nestler EJ, Bunney, BS, eds. Neurobiology of Mental Illness, New York, NY: Oxford University Press; 1999: 788-801
- Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C (2003) Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, 160(6): 1028-40.
- Michelson D, Faries D, Wernicke J *et al* (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatr*; 108(5): E83
- Spencer J, Biederman MD, Wilens MD, Faraone SV (2002) Novel treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children, *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 16-22
- Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV (2002) Overview and Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* ; 63: 3-9
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 1073-86.

SPERIMENTAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI INTERVENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER LA PRESA IN CARICO DELL'ADHD

Piro E.*

Ascolillo A., Esposito G., Marramaldo M., Lo Savio G.°

Cattedra di Pediatria, Istituto Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo*

Istituto Tolman, Palermo°

Il lavoro di ricerca-intervento esposto è il frutto della collaborazione tra l'Unità Operativa Complessa di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale - Dipartimento Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo - e l'Istituto Tolman di psicoterapia cognitivo-comportamentale di Palermo.

L'**obiettivo** è stato il depistaggio dell'Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in popolazioni particolarmente a rischio come quella dei grandi prematuri e la loro presa in carico per l'inizio di un trattamento multimodale. Si è sviluppato con questa finalità uno strumento di selezione dei casi ricorrendo ad un questionario semi-strutturato sulla base dei criteri diagnostici del DSM IV [1; 2; 3] somministrato telefonicamente.

Si è scelto un **campione** di 97 soggetti tra i 7 e 9 anni, di cui 48 maschi e 49 femmine, così costituito:

- ? 14 soggetti nati < 32° settimana di età gestazionale (s.e.g.) e 44 soggetti nati tra la 32° e la 36,6° s.e.g. che costituiscono il gruppo sperimentale;
- ? 39 soggetti nati a termine selezionati come gruppo di controllo in modo randomizzato e ciò allo scopo di studiare la prevalenza dell'ADHD in soggetti prematuri e nati a termine.

Una volta identificati i soggetti potenzialmente affetti da ADHD (positivi ad uno *score* soglia prestabilito) si è provveduto alla valutazione globale con una batteria di test neuropsicologici e interviste semistrutturate dei soggetti e dei loro genitori. Per quanto riguarda gli strumenti di assessment rivolti ai genitori sono stati utilizzati: il colloquio clinico, una check-list completa dei vari sintomi dell'ADHD secondo il DSM IV, la Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività del bambino [4], [Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza](#) [5], - la sezione relativa al disadattamento sociale -, la Child Behaviour Checklist [6;7], il Questionario del temperamento di Axia [8]. È stata inoltre ricostruita l'anamnesi patologica remota e prossima.

Relativamente ai soggetti selezionati sono stati somministrati le Coloured Progressive Matrices di Raven, il Test Draw a man di Royer, il Test della famiglia di Corman ed effettuato dal NPI l'esame obiettivo generale.

È attualmente in corso, per alcuni casi selezionati, un iniziale intervento di trattamento cognitivo-comportamentale rivolto ai genitori dei soggetti con diagnosi di ADHD e un intervento individuale finalizzato ad incrementare le abilità di autoregolazione del bambino.

Conclusioni. Il presupposto della ricerca-intervento qui esposta è principalmente di validare l'efficacia in prima istanza del trattamento cognitivo-comportamentale e nei casi in cui questo risulti inefficace prospettare l'intervento farmacologico.

Per la formulazione della diagnosi definitiva di ADHD sono risultati determinanti la seduta di valutazione-interattiva avuta col bambino ed il colloquio con i genitori, in quanto tali valutazioni dirette hanno condotto alla confutazione di molte delle riferite problematiche comportamentali contenute nelle interviste.

In ultima analisi il ricorso a interviste semi-strutturate mirate facilita il depistaggio dell'ADHD. Con il presente lavoro confermiamo il dato epidemiologico di una maggiore prevalenza dell'ADHD nei soggetti prematuri (8,4%) rispetto ai nati a termine (5,1%), si conferma la maggiore incidenza del disturbo nei soggetti di sesso maschile rispetto al femminile (4:1).

Riferimenti bibliografici

- [1] DSM IV, 1995.
- [2] Marcotto, Paltenghi, Cornoldi, 2002.
- [3] Di Pietro, Bassi, Filoramo, 2001.
- [4] Vio, Marzocchi, Offredi, 1999.
- [5] Newcomer et al., 1995.
- [6] Achenbach, 1978.
- [7] Tancredi, Milone, Floriani et al., 2000.
- [8] Axia, 2002.

ADHD e learning disabilities: un'esperienza di ricerca-azione

Evelina Arcidiacono, Psicopedagoga Psicologa Servizio Psicopedagogico dell'Osservatorio Provinciale sul fenomeno della dispersione scolastica e per il successo Formativo di tutti, CSA di Palermo

Il lavoro quotidiano all'interno delle scuole, mette in evidenza, sempre più chiaramente, la questione relativa alla "gestione" dei disturbi dell'apprendimento e di ADHD che rimanda ad una più attenta riflessione sui temi inerenti la qualità della formazione, il sentimento d'inadeguatezza, le reali possibilità d'intervento...

Al fine di potere rintracciare le linee essenziali atte a costruire progetti mirati per gli alunni che presentano le suddette difficoltà, il servizio psicopedagogico dell'Osservatorio Provinciale contro il fenomeno della Dispersione Scolastica e per il Successo Formativo di tutti ha attivato una ricerca-azione per:

- "fotografare" la situazione attuale;
- definire le variabili sulle quali intervenire;
- identificare le procedure;
- verificare la qualità dei risultati.

Tutto ciò, anche, per mettere a punto un modello d'intervento spendibile in altri contesti e trasformativo delle situazioni di rischio che, una volta individuate, saranno prese in carico.

Già da diversi anni, nelle scuole afferenti ai 15 Osservatori di Area della provincia di Palermo, si è osservata una forte correlazione tra disturbi ADHD e learning disabilities che, tra l'altro, nei contesti cosiddetti a rischio, troppo spesso, esitano in comportamento di tipo deviante.

Da ciò la necessità di procedere ad una "lettura" più attenta di questi fenomeni per potere contribuire alla loro prevenzione/soluzione.

Le scuole che fanno parte della ricerca-azione si riferiscono al territorio sul quale insiste l'Osservatorio di Area "Monte Gallo" che riunisce i quartieri "San Filippo Neri" (ex Zen), Tommaso Natale, Cardillo, Sferracavallo, Partanna-Mondello, San Lorenzo. In particolare, hanno partecipato circa cinquanta docenti della scuola dell'infanzia, elementare e media degli istituti: I.C. "Basile", I.C. "Sciascia", I.C. "Falcone".

Il bambino ADHD a scuola: autoregolazione cognitiva e strategie metacognitive in ambito scolastico

Evelina Maffey

COME UNA ROSA BLU

Jenni è una bambina,
Un'amabile bambina.
Se i capelli le cadono sugli occhi
Li scosta.
Ma la mano
Non va dritta alla fronte.
Prima si curva come un fiore
Al primo schiudersi dei petali.
Poi sposta i capelli
dagli occhi.

Jenni è diversa. Diversa?
Diversa da quasi tutte le altre.
Ma chi ha detto che tutte le altre persone
debbono essere tutte uguali?
Pensare, agire, apparire uguali?
Per me Jenni è come una rosa blu.
Ci sono le rose bianche
le rose rosa
le rose gialle,
e un'infinità di rose rosse
ma blu?
Un giardiniere sarebbe felice
di avere una rosa blu.
La gente verrebbe da lontano
per vederla.
Sarebbe rara, diversa, bella.
Anche Jenni è diversa.
Ecco perché in qualche modo
è come una rosa blu.
Ci sono molte cose
che Jenni non capisce,
e ci sono molte cose di Jenni
che gli altri non capiscono:
che Jenni è come un gattino senza coda
che Jenni sente una musica diversa
che Jenni deve essere protetta.
Jenni è come una rosa blu
Delicata e bellissima.
Ma le rose blu sono così rare
che ne sappiamo poco, troppo poco,
sappiamo solo che hanno bisogno
di essere curate di più,
di essere amate di più.

Gerda Kein

Quali sono le sensazioni, le emozioni, il senso di disagio, il senso di inadeguatezza, le frustrazioni di un bambino adhd? Che cosa gli passa per la testa, che cosa pensa e come percepisce il mondo e gli altri? Quali sono i suoi pensieri? "Vorrei entrare nel tuo mondo di sogni e di fantasie e cercare di capire dove viaggi" Ho sentito una volta da una insegnante di francese parlare ad un ragazzino adhd che perdeva sempre le cose e anche quando faceva i compiti o riusciva a studiare bene la lezione, inevitabilmente si dimenticava i quaderni o i libri per poi piangere fino alla disperazione. L'ho visto, una volta sbattere la testa contro il muro e rinchiudersi dentro se stesso e dire poi ad alta voce, con la mimica di un fumetto televisivo: " e adagio adagio, io divento malvagio". Poi si incupiva perché era consapevole che questo mondo lo stava portando alla disperazione, lui non voleva ma era più forte di lui correre, reagire d'impulso, scappare via o perdersi in fantasticherie, in mondi lontani.

Si può avvertire nella modifica della diagnostica dell'adhd un passaggio in campo semantico: se nella diagnosi 'iperkinetica del bambino' (1968) si evidenziava l'aspetto motorio con un evidente influsso behaviouristico di stampo comportamentale, nel ICD- 10 e nel DSM -IV (con i tre sottotipi disattento, combinato ed iperattivo) emerge l'aspetto evolutivo strutturato specificatamente per i disturbi dell'infanzia e nello specifico l'aspetto cognitivo a rivelare gli influssi cognitivi (Bruner, Chomsky).

La scuola, in particolar modo quella elementare nei Nuovi Programmi, secondo l'insegnamento di Bruner¹ afferma che bisogna " sviluppare la cognitivtà nei bambini e organizzare le proprie conoscenze ed il proprio bagaglio culturale. Che cos'è la cognitivtà nel bambino e come possono gli insegnanti adoperarsi al fine di sviluppare questa cognitivtà? In una scuola dove l'accento viene posto più sui risultati che sui processi viene difficile chiedersi come si possono misurare, o diciamo quantificare i processi cognitivi, potenziarsi e sviluppare nel discente la metacognizione² che non è altro che la consapevolezza di come funzionano il proprio processo di apprendimento e la valutazione del proprio modo di conoscere e pertanto ad insegnare ad imparare³ secondo l'ottica di un'educazione permanente. I processi cognitivi sono "attenzione-percezione-memoria-pensiero"⁴: tra cui l'Attenzione che si può suddividere in 'selettiva', 'focale', 'mantenuta e o sostenuta', 'concettuale', 'divisa', 'shift (spostamento rapido); ma nel bambino adhd si potrebbe dire che 'mal funziona', è poco regolata l'attenzione 'sostenuta o mantenuta' e a volte insieme anche quella 'selettiva' proprio per la difficoltà oggettiva del bambino adhd di inibire gli stimoli esterni e potersi concentrare sul proprio oggetto di lavoro e poter distribuire a livello attentivo le risorse secondo il proprio livello psicofisiologico, il quale è a sua volta determinato dal livello complessivo di stimolazione dell'ambiente in uno specifico momento. Nel complesso nel bambino adhd viene a mancare l'autoregolazione cognitiva e cioè l'organizzazione ed il controllo dei processi cognitivi proprio perché c'è un deficit delle funzioni esecutive , un'eccessiva sensibilità ai rinforzi e un deficit nella regolazione degli stati fisiologici nella mancanza o difficoltà ad inibire gli impulsi. Vygotskij⁵ ha sottolineato l'importanza del linguaggio nella formazione dell'autoregolazione perché il bambino prima indica gli oggetti all'esterno e solo progressivamente il linguaggio diventa interno e da interiore realizza quella forma di pensiero interno che autoregola i propri processi psichici e che ha la funzione di fare da 'controllo' e da filtro verso l'esterno. Al bambino adhd manca questo sviluppo verbale ed anche per questo 'spara le risposte' prima di pensare oppure trova difficoltà a trovare delle soluzioni per problemi in quanto non valuta la situazione attentamente, non utilizza il ventaglio di soluzioni possibili e quindi entra in conflitto con i compagni, è meno disponibile alla collaborazione oppure appare più annoiato nell'apprendimento.

Secondo Barkley il deficit delle funzioni esecutive porta ad una riduzione (secondo gli studi realizzati) del 30%. Quindi gli insegnanti dovrebbero considerare che è molto probabile che ci sia una discrepanza tra la capacità intellettuale propria del bambino il quale può dimostrare di essere competente ed anche ricco in campo verbale e allo stesso tempo carente nella realizzazione di compiti od attività. In breve il bambino adhd ha difficoltà nella *'performance'* nell'esecuzione.

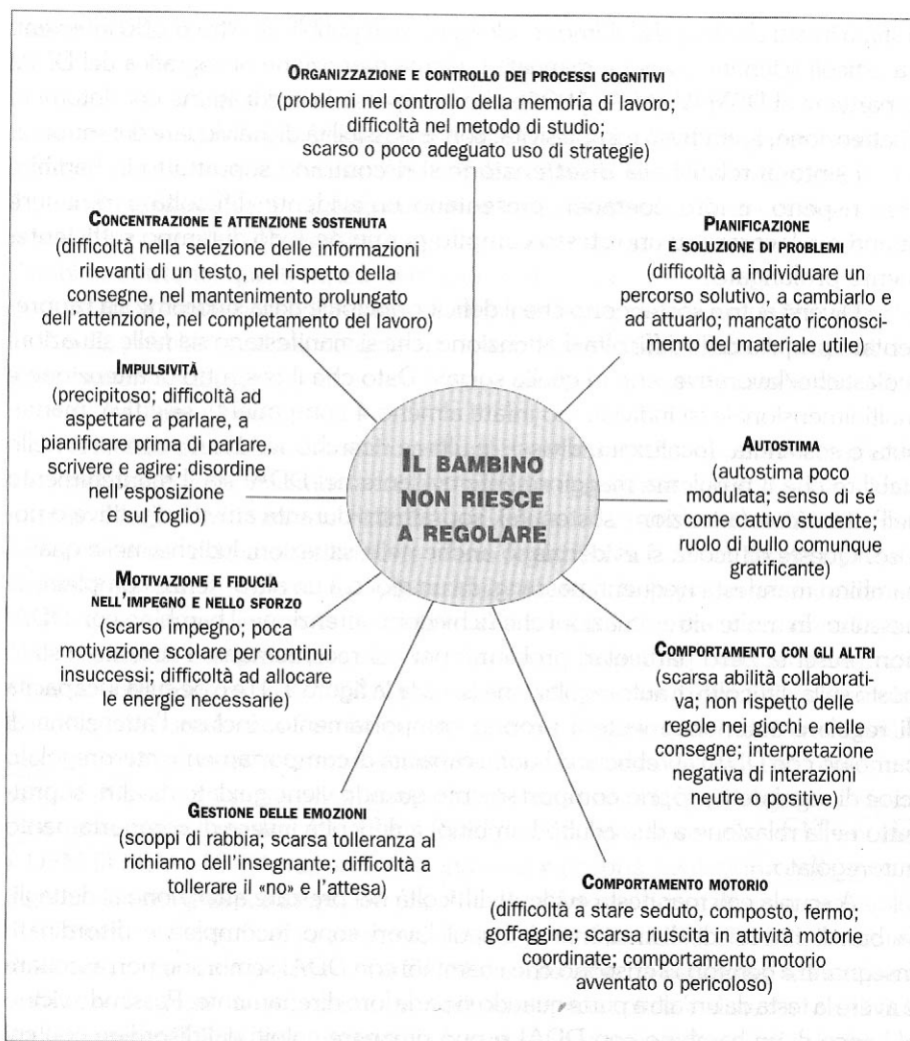
¹ Bruner, *Verso una Teoria dell'istruzione* Armando editore, 1967 Roma

² Piero Boscolo, *Psicologia dell'apprendimento scolastico*, Utet 1997 Torino

³ Mariani L. e Pozzo G. *Stili, strategie e strumenti nell'apprendimento linguistico. imparare a imparare, insegnare a imparare*. La Nuova Italia, collana LEND 2002

⁴ Tom Malim Erickson *Processi Cognitivi*, 1995 Trento

⁵ Vygotskij *Pensiero e Linguaggio* Laterza Roma Bari 1990



Difficoltà di autoregolazione a scuola⁶

E' importante stabilire un rapporto positivo di empatia e comprensione nei confronti del bambino adhd secondo la RET⁷ "io sono okey, tu sei okey" nonché l'importanza della risposta fisica (*stroking*). Il bambino dovrà essere parte integrante della classe e partecipe alla vita scolastica secondo il *cooperative learning* e facendo leva sui suoi 'punti forza' e sottolineando quello che riesce a fare piuttosto che sui propri errori o su quello che non è riuscito a fare. Quindi si utilizzerà un linguaggio positivo e di rinforzo con *feedback* evitando di usare delle negazioni o domande retoriche: "Perché non sei stato attento o non hai finito?" Meglio: "Bravo! Ora fai più attenzione e sottolinea o evidenzia con il colore quello che leggo oppure ripeti quello che ho raccontato ecc."

Per facilitare al meglio le funzioni esecutive è opportuno frazionare la lezione in micro-unità didattiche da riprendere ciclicamente.

Barkley⁸ suggerisce delle strategie nella gestione della classe.

Ne derivano delle considerazioni di base sull'insegnamento ad un bambino adhd, ovvero suggerimenti didattici, quali:

- Non far ripetere una classe al bambino
- Controllo del comportamento da parte del gruppo
- Diminuzione del carico di lavoro
- Sequenza degli obiettivi: prima la produttività, poi la precisione
- Assegnazione dei compiti per casa settimanalmente

⁶ C. Cornoldi, T. De Marco, F. Offredi, C. Vio, Erikson, *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Trento, 2001, pag. 21 fig. 1.1.

⁷ D. Dorr – M. Zax – J.W. Bonner III, *Psicologia della disciplina*, Armando Editore, Roma, 1987.

⁸ Barkley R.A., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 2nd Ed. Guilford Press, New York, 1998.

- consentire un po' di irrequietezza nell'area di lavoro
- porre degli intervalli negli o tra gli esercizi, frazionarli
- Sottolineare i testi con evidenziatori colorati
- Annunciare i compiti all'inizio della lezione
- Assegnare un compagno di studi per fare i compiti
- Sviluppare il tutoring anche con coetanei al di fuori della scuola
- Alternare attività a basso ad altre a più alto gradimento
- Animare le lezioni, in modo teatrale, drammatico anche enfatizzando il tono della voce, quando occorre;
- Dare meno/non dare compiti ai bambini nelle elementari (massimo 10 min. per ogni livello di classe scolastica) e non fare finire gli esercizi di classe a casa

Quindi, conferire gli incentivi con mezzi diversi quali:

- Conferire lodi, approvazioni, apprezzamenti (manager per un minuto)
- Adottare sistema a gettoni o a punti per determinare le conseguenze dei comportamenti.

Ancora, realizzare la scheda giornaliera di comportamento al fine di tenere nota dei miglioramenti, anche per finalità statistiche compilata da ogni insegnante alla fine della lezione;

Le regole e il tempo

Un manifesto in forma di poster con le regole per ciascun periodo di lavoro

Utilizzo di timer, orologi, segnali temporali registrati.

Verso l'autogestione

- Ogni giorno il bambino registra la sua produttività su una scheda o grafico che viene esposto pubblicamente
- Il bambino si auto-valuta su una scheda di comportamento giornaliera
- L'insegnante gli dà un segnale per ricordargli di fare l'auto-valutazione ("Turtle")

Leggo e dimentico –

Vedo e ricordo –

Faccio e d imparo...

(saggezza cinese)