

1° supplemento al n. 2 agosto 2002 del CNIS - Anno 17 - Semestrale - Autorizzazione Tribunale di Bergamo N. 20 del 7-4-1986 Sped. in A.P., Comma 20/b, Legge 662/96, Filiale di Bergamo - Edizioni Junior - Viale dell'Industria - 24052 Azzano San Paolo (BG) - Direttore Responsabile: Ferruccio Piazzoni.

Editoriale

In questo numero dell'AIDAI-Newsletter ospitiamo diversi contributi provenienti dalla ricerca scientifica e dalle famiglie con bambini DDAI.

Presentiamo i riassunti delle relazioni al Primo Simposio Scientifico organizzato dalla nostra Associazione, il 3 maggio scorso a Padova.

Queste ricerche riguardano almeno la metà dei rappresentanti dell'intero gruppo di ricercatori interessati a studiare le cause e le terapie per il DDAI.

Di seguito pubblichiamo due lettere di genitori: nella prima una mamma della provincia di Vicenza racconta la sua storia a fianco di un bambino con DDAI; nella seconda un genitore, medico, ci racconta l'esperienza di una riunione tenutasi a Londra, con altre associazioni come la nostra, in cui è stato fatto il punto della situazione rispetto alle iniziative da portare avanti per divulgare informazioni corrette sul DDAI.

Per quanto riguarda Internet segnaliamo che il nostro sito www.aidai.org viene settimanalmente aggiornato e potete trovare pubblicate tutte le iniziative dei centri regionali.

L'apertura dei centri regionali serve a dare un importante contributo alla divulgazione di informazioni sul DDAI e anche a stabilire un punto di incontro tra i soci che in questo modo si possono conoscere personalmente. Infine segnaliamo la nascita di un'altra associazione di supporto alle famiglie con bambini DDAI, si chiama AIFA ed è coordinata da Raffaele D'Errico di Napoli www.erreddi.it/adhd.

Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività: diagnosi differenziale

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci

La diagnosi di ADHD è un processo alquanto difficile in quanto non esistono test diagnostici di per sé sufficienti a identificarlo. La diagnosi infatti si basa sulla raccolta di informazioni provenienti da molteplici fonti: in special modo questionari compilati da genitori e insegnanti e osservazione diretta. Particolarmente delicati diventano quindi la diagnosi differenziale e le diagnosi di comorbidità. La prima diagnosi differenziale è quella tra la patologia e la normalità. Anche L'ADHD infatti, come diverse altre patologie (psichiche e non), si sviluppa su un continuum che va dal normale al patologico. È necessario individuare una soglia di rilevanza clinica oltre la quale si può fare una diagnosi di deficit di attenzione. Tale soglia è solitamente rappresentata dalla compromissione funzionale che il disturbo comporta, anche se non bisogna dimenticare che essa dipende dal contesto socio-culturale in cui l'individuo è inserito.

Criteri diagnostici orientativi sono: la precocità di esordio, la persistenza dei sintomi (almeno sei mesi), la pervasività (diversi ambienti), l'intensità, la finalizzazione di iperattività-impulsività, l'interferenza funzionale con i contesti di vita quotidiani.

Situazioni cliniche che invece possono indurre ad una erronea diagnosi di ADHD sono: quadri reattivi a sfavorevoli condizioni ambientali (contesto ambientale degradato, contesto familiare caotico, condizioni educative incongrue, inadeguatezza scolastica, psicopatologia familiare, problemi familiari situazionali), disturbi neuroevolutivi (deficit sensoriali, del linguaggio, dell'apprendimento o ritardo mentale più o meno grave), affezioni sistemiche o a carico del SNC (epilessia, esiti di traumi cranici, nascita pretermine, disturbi tiroidei, affezioni dermatologiche, disturbi del sonno, manifestazioni iatrogene ad esempio

da barbiturici o antiepilettici, abuso di sostanze). Un ulteriore punto estremamente delicato è la diagnosi differenziale e/o di comorbidità con altre psicopatologie.

Per tale motivo passeremo in rassegna il rapporto dell'ADHD con alcune di esse:

1. disturbo oppositivo-provocatorio (DOP);
2. disturbo della condotta (DC);
3. depressione (depressione maggiore, distimia);
4. disturbo bipolare (ipo-maniacale, misto);
5. disturbi d'ansia generalizzata;
6. disturbo ossessivo-compulsivo (più o meno sindrome di Tourette);
7. disturbi pervasivi dello sviluppo;
8. disturbo di adattamento con alterazione della condotta;
9. disturbi della personalità.

1. e 2 Il disturbo oppositivo-provocatorio (DOP), il disturbo della condotta (DC) e il ADHD sono spesso correlati tra loro. La maggioranza dei bambini sotto i 12 anni con DOP e/o DC hanno anche ADHD, ma adolescenti con DC a esordio tardivo spesso (70-80%) non hanno ADHD. Si ipotizza quindi che il disturbo da deficit di attenzione possa essere un precursore del DOP/DC. È abbastanza frequente che il DOP evolva in DC e che quest'ultimo degeneri in Disturbo Antisociale (circa 1/3 dei soggetti con DC). Più precoce è l'insorgenza del DC più infausta è la prognosi.

L'ADHD, specie se a esordio precoce, è un fattore di rischio per un DC. Inoltre l'associazione di ADHD e DC aumenta la possibilità di sviluppare un disturbo antisociale di personalità. Il fattore che influenza maggiormente il degenerare o meno delle patologie è comunque quello sociale.

È quindi particolarmente importante la diagnosi differenziale in questi casi. Alcuni criteri sono:

- la familiarità con il disturbo antisociale pre-

vale in bambini con DC e ADHD+DC, non in bambini con solo ADHD;

- il livello socioeconomico inferiore e maggior frequenza di esperienze precoci negative prevalgono nei casi di DC;
- gravità maggiore in soggetti con DC, minore iperattività e inattenzione, mentre è uguale il livello di impulsività;
- miglior prognosi per i bambini con ADHD;
- trattamento con psicostimolanti efficace con bambini ADHD e ADHD+DC, ma non con DC puri.

3. Ci può essere comorbidità anche tra ADHD e Depressione (10-50%). Solitamente si caratterizza per un'insorgenza più tardiva, una maggior compromissione cognitiva e sociale. In altri casi la depressione può insorgere in un secondo momento rispetto l'ADHD, ma non significa che dipenda da quest'ultima. Infatti la depressione non è più frequente in adolescenti o adulti con pregresso ADHD. Bisogna fare attenzione a distinguere la depressione da episodi depressivi-disforici di carattere però transitorio, che alcuni soggetti ADHD possono avere, in seguito a qualche evento sfavorevole, specie in età puberale. In genere tali episodi non manifestano sintomi importanti di depressione quali l'anedonia, il senso di colpa, l'ideazione suicidaria o la mancanza di energia. Alcuni criteri per la diagnosi differenziale tra depressione e ADHD sono:

- la precocità;
- l'intensità;
- la finalizzazione di iperattività-impulsività, in genere l'impulsività è ridotta anche nei casi di comorbidità, ed è minore anche il rischio di evoluzione dissociale.

Sono soggetti a rischio di comorbidità invece coloro che hanno tra i parenti di primo grado persone con ADHD, depressione o entrambe. Mentre i figli di genitori depressi hanno maggior probabilità di sviluppare ADHD. Si è pertanto ipotizzato un legame genetico tra depressione e ADHD.

4. Un ulteriore importante associazione si ha tra ADHD e disturbo bipolare (10-15%). In questo caso la diagnosi differenziale è di fondamentale

importanza per la pianificazione del trattamento: infatti gli psicostimolanti possono peggiorare l'eccitazione della maniacalità e nel caso di comorbidità di deve decidere se affrontare prima il disturbo dell'umore (stabilizzatori dell'umore) o se associare il due trattamenti. I fattori che possono guidare nella diagnosi differenziale sono la più precoce insorgenza dell'ADHD, il fatto che l'impulsività e l'iperattività siano meno finalizzate, e l'andamento più continuo omogeneo dei sintomi. Inoltre non ci sono pensieri di grandiosità, fuga di idee, ipersessualità e umore espanso. È altresì importante l'anamnesi familiare: presenza di parenti con temperamento ipertimico o ciclotimico, diagnosi di DB, tendenza all'alcolismo.

5. Nel 25% dei casi c'è un'associazione tra ADHD e Disturbi d'ansia (GAD, fobie, ansia da separazione, fobia sociale e panico). Solitamente questa comorbidità si ha in soggetti con deficit di attenzione senza iperattività. In questi casi i soggetti presentano minore impulsività, minor frequenza di disturbi della condotta, maggiori difficoltà relazionali, specie in età adolescenziale. Mentre nel caso di soggetti affetti solo dal disturbo di ansia si è riscontrato un maggior problema nella capacità di concentrazione e una maggiore tensione soggettiva, da un punto di vista comportamentale una maggiore irritabilità e iperattività, da quello emozionale infine, una maggior labilità, demoralizzazione e necessità di rassicurazione. Inoltre le manifestazioni comportamentali sono meno intense, prevalgono le ansie anticipatorie e le manovre di evitamento.

6. Nel 30% di casi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) sono presenti sintomi ADHD (deficit attentivo, impulsività e discontrollo degli impulsi). Altrettanto alta è la frequenza di ADHD e sindrome de la Tourette. Spesso la vistosità dei sintomi della sindrome lasciano cadere in secondo piano i sintomi dell'ADHD, al contrario invece la presenza di tic dovrebbe indurre a una ricerca sistematica delle manifestazioni del disturbo attentivo. Nei casi di comorbidità è frequente la presenza di irritabilità, discontrollo degli impulsi e manifestazioni autolesioniste. La presenza o me-

no di comorbidità con tali disturbi ha delle ripercussioni importanti sul trattamento: sembra infatti che gli stimolanti peggiorino la frequenza dei tic. Recenti ricerche, però, smentiscono tali ipotesi, specie se vengono usati farmaci alfa-afrenergici (clonidina). È comunque opportuno curare contemporaneamente entrambe le patologie.

7. Infine di difficile risoluzione è il problema della diagnosi differenziale tra ADHD e i disturbi pervasivi dello sviluppo non autistici (PDD), in quanto si manifestano in età molto precoce (3-6 anni). Gli elementi di sovrapposizione sono diversi: l'iperattività, l'irrequietezza, il negativismo, la labilità emotiva. Aspetti caratteristici del PDD sono invece: la ripetitività, la stereotipia, i disturbi della comunicazione e il ritiro sociale. Anche in questo caso ci sono importanti implicazioni sul trattamento (uso di psicostimolanti o di stabilizzatori dell'umore atipici).

Da quanto detto si può dedurre quanto sia importante una corretta diagnosi psicopatologica. E questa dipende da una corretta e attenta metodologia, che comprende i seguenti aspetti:

- anamnesi familiare (clinica e subclinica), che implica l'indagine dell'incidenza di ADHD o di altre psicopatologie nella famiglia (esternalizzati, umore, ansia), di abitudini atipiche (instabilità affettiva e comportamentale), di condizioni psicosociali particolari, conflitti familiari, il livello di stress, l'elaborazione dei conflitti (indice di impulsività);
- anamnesi personale;
- intervista diagnostica (strutturata);
- valutazione medica;
- Rating scales;
- valutazione neuropsicologica e funzionale (se opportuna).

Per una corretta diagnosi differenziale è invece opportuna una buona Anamnesi personale, che indagare i seguenti aspetti:

- nascita pretermine, sofferenza perinatale, possibili danni al SNC;
- modalità di esordio e di sviluppo dei sintomi, pervasività e stabilità;
- livello di funzionamento, interferenza funzionale;
- funzionamento scolastico, emotivo e sociale.

DDAI e Dislessia: profili neuropsicologici e marker genetici

(sezione di neuropsicologia)

*G. M. Marzocchi, M. Nobile, R. Giorda, M. G. Cataldo,
S. Coser, M. Del Savio, M. Molteni, T. Shallice*

Le teorie sul DDAI sono molteplici e ognuna pone l'accento su aspetti differenti: Barkley parla di deficit inibitorio pervasivo (Barkley, 1997), Douglas di deficit dell'attenzione sostenuta (Douglas, 1984), Shallice di compromissione specifica di alcune funzioni esecutive (Shallice et al., 2002). Inoltre alcuni autori (Sergeant et

al., 1999), hanno evidenziato come la velocità di presentazione delle informazioni possa influenzare le prestazioni dei DDAI, o ancora, come ci sia uno stretto legame tra DDAI e Dislessia.

Lo scopo della presente ricerca è pertanto quello di indagare e approfondire quanto le prospettive teoriche sopra riportate hanno messo in luce. E

più specificatamente ci si propone di indagare il profilo neuropsicologico dei bambini DDAI e/o DL nei seguenti ambiti: deficit di inibizione (uditivo o visivo), attenzione sostenuta (uditivo o visivo), rapidità di risposta (visivo), fluenza verbale, set-shift (cambio rapido di compito), ragionamento induttivo (visuo-spaziale). Si è cercato inoltre di verificare la presenza di doppie dissociazioni tra i differenti gruppi (DDAI, DL, DDAI+DL e controllo) e infine di analizzare l'eventuale relazione causale del gruppo con DDAI+DL.

Per selezionare i differenti gruppi sono stati usati i seguenti criteri.

- Età compresa tra i 7 e 12 anni.
- $QI > 80$.
- Per il DDAI:
 - DICA-R (Reich et al., 1999), sottotipo combinato secondo i criteri del DSM-IV;
 - questionario SCOD (insegnati e genitori): > 90 p Di attenzione e Iperattività-impulsività; < 60 p Di attenzione e Iperattività-impulsività.
- Per l'abilità di lettura:
 - brano MT < -2.5 d.s. (velocità o correttezza);
 - non parole < 2 d.s. (velocità o correttezza).

Le prove utilizzate sono state.

- Brixton che implica il lobo Pre-Frontale Sinistro:
 - totale errori (ragionamento induttivo).
- Compito di Fluenza verbale che coinvolge il lobo Pre-Frontale Sinistro:
 - parole tra 1" e 30" (per rapidità);
 - parole tra 31" e 60" (per mantenimento).
- SART veloce o lento che impegna il lobo Pre-frontale destro:
 - tempi reattivi (per rapidità);
 - omissioni (per attenzione sostenuta visiva);
 - commissioni (per disinibizione).
- Stroop che implica il Giro del Cingolo:
 - interferenze (indice di disinibizione);
 - tempi reattivi (baseline) (compito di set-shift).

- TEA-Ch:
 - "walk don't walk" (compito di disinibizione motoria su istruzioni uditive rapide);
 - Score (per attenzione uditiva).

Dai risultati si può evincere che:

- il deficit di inibizione è presente nel gruppo DDAI+DL (3/4 delle variabili visive o uditive) e che è imputabile solo in parte alla presenza del DDAI (2/4 variabili, visive o uditive);
- il deficit di attenzione sostenuta è presente sia nel gruppo con DDAI+DL sia nei gruppi con DDAI o DL ed è imputabile soprattutto alla presenza del DL (2/3 variabili), e solo in parte alla presenza del DDAI (1/3 variabili);
- la rapidità di risposta è rallentata in tutti e tre i gruppi (solo nella condizione lenta) ed è imputabile alla presenza del DL;
- la fluenza verbale è deficitaria (primi 30") nei gruppi DDAI pertanto è imputabile allo stesso DDAI;
- il rapido set-shift è deficitario solo nel gruppo DDAI;
- il ragionamento induttivo visuo-spaziale è deficitario nel gruppo DDAI+DL ed è imputabile alla presenza combinata di DDAI e DL.

Concludendo si può affermare che il **deficit di inibizione** è presente nel DDAI ma non in modo specifico e pervasivo ed è accentuato dalla presenza del DL. Il **deficit di attenzione sostenuta** è presente nel DDAI, ma non solo, infatti l'attenzione sostenuta uditiva è compromessa nei DDAI mentre quella visiva lo è nei DDAI+DL.

Inoltre la **lentezza di risposta** è influenzata dal ritmo di presentazione degli stimoli ed è deficitaria in egual misura nei tre gruppi. Per quanto riguarda la **fluente verbale** ed il **set-shift**, poi, esse sono deficitarie solo nel gruppo DDAI, mentre il ragionamento induttivo lo è solo nel gruppo DDAI+DL.

Si potrebbe affermare dunque che non esiste una relazione tra DDAI e DL, ma che il gruppo misto presenta una sindrome complessa e poco conosciuta.

DDAI e Dislessia: profili neuropsicologici e marker genetici

(sezione di genetica)

*M. Nobile, G. M. Marzocchi, R. Giorda, M. G. Cataldo,
S. Coser, M. Del Savio, M. Molteni, T. Shallice*

Non ci sono ancora certezze sulle cause dell'ADHD, se non che esso dipenda da molteplici fattori. Ci sono diverse evidenze scientifiche che dimostrano un certo coinvolgimento degli aspetti genetici. Da studi condotti a livello familiare risulta sia che i fratelli di bambini ADHD hanno una maggior probabilità (da 5 a 7 volte) di sviluppare la sindrome, sia che i figli di genitori ADHD hanno fino al 50% in più di probabilità di sviluppare la patologia. Inoltre ricerche condotte su gemelli dimostrano che c'è fino all'80% di probabilità in più di sviluppare il disturbo se uno dei due fratelli ne è affetto.

Come interagiscono questi fattori con l'ambiente per produrre le modificazioni del comportamento tipiche dell'ADHD? L'ipotesi più accreditata, in seguito sia a studi psicofarmacologici che neuroanatomici e neuropsicologici, è quella di un mal funzionamento del sistema Dopaminergico. Dai primi studi infatti è emerso che i farmaci psicostimolanti agiscono bloccando la ricaptazione di dopamina e aumentando (sia come tempo che come quantità) la presenza di quest'ultima nello spazio intersinaptico. Dai secondi si è visto che vi è una ipoattività nelle regioni corticali (cingolo anteriore) che potrebbe causare il deficit cognitivo, e una iperattività delle regioni sottocorticali (nucleo caudato) che sarebbe alla base dell'eccessiva attività motoria (Castellanores, 1997).

A livello molecolare l'ipotesi dopaminergica

coinvolge i specifici alleli del DRD4 e del DAT1. Questi potrebbero alterare la trasmissione della dopamina nelle reti neurali coinvolte nel ADHD. In particolare: l'allele "10-repeat" del Dat1 potrebbe essere associato con un aumentata ricaptazione della dopamina dallo spazio intersinaptico e l'allele "7-repeat" del DRD4 potrebbe essere associato a un recettore post-sinaptico subsensitivo.

Vengono di seguito riportati i risultati di una ricerca il cui fine è stato quello di approfondire tale ipotesi.

Il campione è italiano e costituito da 48 bambini (5 femmine e 43 maschi) di età compresa tra i 7 e i 13 anni. A tutti è stata diagnosticata ADHD (sottotipo combinato, secondo i criteri del DSM-IV), e il 27% di essi (pari a 14 soggetti) avevano una comorbidità per DL. Le scale di valutazione in base alle quali è stata fatta la diagnosi di deficit di attenzione sono le seguenti:

SCOD:

Disattenzione = 13.9 (6.1)
Iperattività/Impulsività = 14.3 (5.3)
DOP: 6.5 (9.9)
DC: 2.5 (2.2)

Conners Genitori (punti T)

Disattenzione: 68.3 (9.9)
Iperattività/Impulsività = 73.5 (11.4)
Totale: 72.3 (10.9)

STUDIO DI ASSOCIAZIONE-HRR GENOTIPO

DRD4 (N-N vs N-7 + 7-7)	χ^2	p
DDAI	.1	N.S.
DDAI + DL	.15	N.S.
DDAI (totale)	.05	N.S.
DAT1 (10-10 vs 9-10 + 9-9)	χ^2	p
DDAI	.09	N.S.
DDAI + DL	.62	N.S.
DDAI (totale)	.06	N.S.

N. soggetti: DDAI = 24, DDAI+DL = 14, TOT = 38

Allele N: allele 2, allele 3, allele 4, allele 6.

STUDIO DI ASSOCIAZIONE-HRR ALLELI

DRD4 (N vs 7)	χ	p
DDAI	.06	N.S.
DDAI + DL	.10	N.S.
DDAI (totale)	.15	N.S.
DAT1 (N vs 9)	χ	p
DDAI	.19	N.S.
DDAI + DL	.07	N.S.
DDAI (totale)	.03	N.S.

N. soggetti: DDAI = 24, DDAI+DL = 14, TOT = 38

Allele N: allele 2, allele 3, allele 4, allele 6.

STUDIO DI LINKAGE- TDT
famigli n: 47

DRD4 (allele 7)	χ	p
DDAI	.06	N.S.
DDAI + DL	.10	N.S.
DDAI (totale)	.15	N.S.
DAT1 (allele 10)	χ	p
DDAI	.19	N.S.
DDAI + DL	.07	N.S.
DDAI (totale)	.03	N.S.

VARIABILI COMPORTAMENTALI

CONNERS				
	DRD4		DAT1	
	t	p	t	p
Disattento	- 1.46	N.S.	-0.38	N.S.
Iper./imp.	- 0.38	N.S.	-0.89	N.S.
Tot	- 0.92	N.S.	-0.73	N.S.
SCOD				
	DRD4		DAT 1	
	t	p	t	p
Disattento	-0.84	N.S.	-2.26	0.031
Iper./imp.	1.7	0.09	-0.98	N.S.
D.O.P	0.96	N.S.	-1.35	N.S.
D.C.	-0.56	N.S.	0.84	N.S.

Concludendo possiamo dire che per migliorare e ampliare la conoscenza in tale direzione è auspicabile un maggior potere statistico, una migliore definizione del fenotipo, sia da un punto

di vista neuropsicologico che farmacologico, l'individuazione di altre tappe del sistema dopaminergico e di altri sistemi catecolaminergici.

Epidemiologia dell'ADHD: riscontri recenti e revisione critica

G. de Rènóche

Tutti gli studi epidemiologici dell'ADHD considerano o hanno considerato i seguenti dati di prevalenza come riferimento:

- DSM-III (1980) 3%
- DSM-III-R (1987) 3%
- ICD-10 (1992) 1-2%
- DSM-IV (1994) 3-5%
- DSM-IV-TR (2000) 3-7%

L'arrivo del DSM-IV ha provocato dei cambia-

menti nel processo di diagnosi. Ne è seguita una modificazione della prevalenza generale e del rapporto maschi-femmine, la possibilità di identificare tre sottotipi di ADHD, e la conseguente validazione degli stessi, un'iperinclusione e una valutazione dimensionale vs una di tipo categoriale.

Di seguito verranno presentate due rassegne di studi che coprono rispettivamente gli anni 1996-1999 e gli anni 2000-2002.

STUDI SELEZIONATI 1996-1999

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
August 1996 USA	6-10	7231	DSM-III-R (Dica)	2,8%	69% adhd dopo 4-5aa
Gaub 1997 USA	Scolare	2744	DSM-IV (Snap-IV)	8,1% (con Imp)	17% Senza Imp solo Ins.
Wolraich 1998 USA	Scolare	4323	DSM-IV (Quest)	6,8% (con Imp)	Solo Ins; 16,1% (senza Imp)
Gomez 1999 AUSTRALIA	5-11	1275	DSM-IV (Rating S.)	2,4%	Solo Accordo Gen+Ins
Breton 1999 CANADA	6-14	2400	DSM-III-R (Disc 2,25)	5,4 Media (con Imp)	Range 3,3-8,9%
Jensen 1999 USA	9-17	1285	DSM-III-R (Disc 2,3)	5,1%	MECA
Ruiz 1999 SPAGNA	6-10	1433	DSM-IV (Quest)	14.05%	Solo Insegn.
Rhode 1999 BRASILE	12-14	1013	DSM-IV	5,8%	Val.Clinica+ checklist
Essau 1999 GERMANIA	12-17	1009	DSM-IV (Inter. Strut.)	0,2%	15,8 % con 6 sintomi I e/o HI

Riepilogando il range di prevalenza è il seguente: totale 0,2-14,05%; età scolare 2,4-24,05%; adolescenza 0,2-5,8%.

STUDI SELEZIONATI 2000-2002

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Gadow 2000 UCRAINA	10-12	600	DSM-IV (Csi4+Cbcl)	19,8%	Gen+Ins c/o Chernobyl
Sgro 2000 CANADA	Prescolare e Scolare	1465	Quest. per Gen.	4,7%	1% in FT
Guardiola 2000 BRASILE	Scolare	484	DSM-IV+ Quest	18%	3,5% con Criteri NPS
Pineda 2001 COLOMBIA	4-17	341	DSM-IV Rating Sc.	17,1%	Gen+Ins
Graetz 2001 AUSTRALIA	6-17	3597	DSM-IV (Disc-iv)	6,8% (con Imp)	7,5% (senza Imp)
Kroes 2001 OLANDA	6-8	1317	DSM-III/IV Adika+Cbcl	3,7%	14,9% ADHD "Borderline"
Nolan 2001 USA	3-18	3006	DSM-IV Eci,Csi,Asi	15,8%	Solo Ins.
Gadow 2001 USA	3-6	531	DSM-IV (Eci-4 RS)	12-35,3%	12% Genit 35,3% Ins
Cuffe 2001 USA	Tardo-Adol.	3419	DSM-III-R (K-sads)	1,51%	1,23% se CGAS < 60
Romano 2001 USA	14-17	1201	DSM-III-R (Disc 2,25)	3,9%	4,9% Senza Imp
Rowland 2001 USA	Scolare	424	DSM-IV Rating Sc	12,7%	16% prev.stimata
Barbaresi 2002 USA	Coorte 5 anni	5718	DSM-IV+ Doc.Clinc.	7,4-16%	Range stima incidenza cum.

Riepilogando il range di prevalenza è il seguente: totale 1,5-35,3%; età scolare 3,7-19,8% (età pre-scolare); adolescenza 1,51-3,9%.

Inoltre, studi sugli adolescenti (campione superiore ai 1000 soggetti) hanno riportato le seguenti percentuali:

- Rhode (1999): prevalenza 5,8%
- Essau (1999): prevalenza 0,2%
- Romano (2001): prevalenza 3,9%
- Cuffe (2001): prevalenza 1,5%

EPIDEMIOLOGIA AMMINISTRATIVA: FARMACI

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Zito 1999 USA	5-14	20794	ICD-CM NAMCS	1,9% 1989 3,6% 1996	In 8 anni > FT 14%
Angold 2000 USA	9-16	4500	DSM-IIIIR Capa+RS	6,1% con 2,7% NOS	7,3% in FT
Safer 2000 USA	Scolare	816465	Infermiere Scolast.	2,92%	Prevalenza FT a scuola
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2%	Studio retro di 1 anno
Brownell 2001 CANADA	0-19	314153	ICD-9-CM MHRR	1,52%	Dgn in 2 anni; 0,89% in FT
Rowland 2002 USA	Scolare	7333	Question. Per Gen.	10%	7% in FT
Lavigne 1996 USA	Prescol (Ped)	510	ND	2%	Diagnosi
Hewson 1999 AUSTRALIA	Pediatr	14711 (visite)	ND	26,3% visite adhd	1 anno
Wasserman 1999 P.RICO	4-15 (Ped)	22059 (visite)	Quest. Gen +PedList	9,2%	AHPs
Robison 1999 USA	5-18	947208 2357833	ICD-9-CM NAMCS	1,1-2,8% visite Adhd	1,1 (1990) 2,8 (1995)
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2%	Studio retro di 1 anno

STUDI ITALIANI

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Gallucci 1993	8-10	232	DSM-IIIIR Quest.	3,9%	Solo Ins. 6,9 sottosoglia
Camerini 1996	6-12	2557	RatingS+DS M-IV S	5%	DSM-IVS>RS
Calzolari 2000	6-11	478	DSM-IIIIR Quest.	5% (-1,5) 7,9%(-1,7)	Solo Ins.
Marzocchi 2000	7-10	973	DSM-IV SDAI+RS	8,2%	Solo Ins.
Marzocchi 2001	6-11	1085	DSM-IV SCOD-I	2,3% (ADHD-C)	Solo Ins.

Da quanto emerso dalla rassegna di studi qui presentata si può concludere che il problema principale della psichiatria epidemiologica è quello di definire una precisa soglia diagnostica. Attualmente, nonostante esistano dei criteri diagnostici operativi ben definiti, la valutazione di tale soglia rimane relativamente soggettiva. I range di prevalenza rimangono molto variabili: è difficile dire se questo dipenda da un aumento reale della sindrome o da un aumento del numero di persone che si rivolgono ai Servizi. Comunque questa variabilità riscontrata suggerisce l'esistenza di un continuum della sintomatologia del disturbo.

Per una miglio indagine epidemiologica sarebbe necessaria una valutazione lifetime, da bambino ad adulto, nonostante questo sia abbastanza difficoltoso da ottenere.

Infine si sono evidenziate diverse traiettorie di sviluppo nel decorso correlate a un determinato sottotipo.

Si suggeriscono ulteriori sviluppi e ricerche nei seguenti ambiti:

- continuità con criteri DGN ristretti;
- comorbidità;
- genetica;
- eterogeneità/peculiarità nei pattern sintomatologici di sviluppo.

Studio per la valutazione dell'efficacia dell'L- Carnitina su soggetti con disturbi da deficit di attenzione/iperattività in età evolutiva

M.G. Torrioli, S. Vernacotola, L. Perruzzi, L. Mosconi, M. Calvani

Il trattamento dell'ADHD è un punto molto delicato e ancora molto problematico, specie quando si fa ricorso all'uso di farmaci, data la giovane età dei pazienti. Viene pertanto presentata una ricerca fatta per valutare dell'efficacia dell'L- Carnitina sul comportamento iperattivo e sulle capacità di attenzione in bambini con diagnosi di ADHD.

L' L- Carnitina (LC) è essenziale per l'ossidazione dei grassi a livello mitocondriale; inoltre gioca un ruolo nella transesterificazione e nell'escrezione degli esteri della Acil-CoA, nell'ossidazione degli alfa-ceto-acidi a catena ramificata e nella rimozione degli esteri dell'acil-carnitina dai mitocondri. Dal punto di vista clinico, le insufficienze di carnitina possono assumere caratteristiche varie: ad esempio, ipoglicemia non chetotica, encefalopatia, miopatia o cardiomiopatie.

La ricerca, di tipo sperimentale a doppio cieco

prevede un gruppo sperimentale a cui verrà dato il farmaco e un gruppo di controllo a cui verrà somministrato un placebo; ovviamente, l'assegnazione a uno dei due gruppi è random. Vengono coinvolti 30 bambini di età compresa tra i 6 e i 13 anni (28 maschi e 2 femmine), tutti con diagnosi di ADHD (5= sottotipo disattento, 8 sottotipo iperattivo, 17 sottotipo combinato). Vengono esclusi bambini con patologie tali da rendere inattendibili le valutazioni cognitive, con Ritardo Mentale (anche se moderato), con patologie del SNC, disturbi cardiovascolari, renali, malassorbimento o patologie oncologiche, pazienti sotto trattamento farmacologico di altro tipo (esclusi gli antiepilettici) o ipersensibilità alla Carnitina o a suoi derivati.

La metodologia prevede che venga somministrato il farmaco per 6 mesi consecutivi, durante i quali saranno eseguiti controlli cognitivi al fine

di vedere se il farmaco ha effetti sulle capacità di attenzione, concentrazione e sul comportamento. Durante la prima visita viene fatto un colloquio clinico per verificare se le condizioni del bambino soddisfano o meno i criteri di inclusione. Inoltre si ha un esame clinico, una valutazione cognitiva che viene ripetuta dopo 30, 90 e 180 giorni di trattamento. Quest'ultima comprende:

- questionario di Conners (per genitori e insegnanti);
- scala di intelligenza Wechsler (Wisc-r);
- test delle Campanelle (modificato);
- Bender Gestalt Test.

16 bambini hanno assunto il farmaco e 14 il placebo. Tutti lo hanno ben tollerato.

Dove M indica il numero massimo di campanelle che il soggetto può modificare e Lamda la velocità di riconoscimento. M varia in maniera significativamente diverso tra i due gruppi negli intervalli di tempo:

T0-T30 ($p=0.034$)

e

T30-T90 ($p=0.037$)

Anche nell'ultimo intervallo di tempo M varia in modo diverso tra i due gruppi, ma non in maniera significativa (figura 1).

Da quanto riportato, si può concludere che i risultati sembrano essere incoraggianti, anche se sono ancora preliminari. Il passo successivo sarà quello di ampliare il campione e verificare quanto già trovato in questa prima ricerca.

RISULTATI

	TIPO DISATTENTO		TIPO IPERAT.-IMPUL.		COMBINATO	
	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.
QI TOT	84.6	18.9	100.5	17.7	102.5	19.2
QI V	88.6	18.9	100	12.4	107.5	18.8
QI P	82.2	18	100.7	23	96.7	17.5
	MEDIA%		MEDIA%		MEDIA%	
Bender T.	60		62.5		41.7	

Questionario di Conners

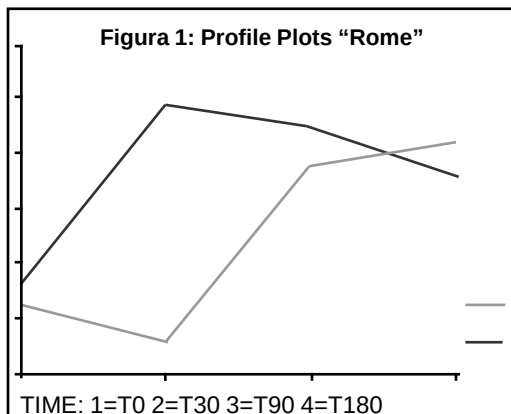
Nei due gruppi è stata rilevata una riduzione del comportamento iperattivo ($<.001$), ma non è emersa nessuna differenza significativa tra gruppo sperimentale e di controllo.

Test delle Campanelle

Tutti i bambini migliorano, ma i bambini trattati con LC migliorano più rapidamente di quelli trattati con il placebo.

I punteggi a questo test sono stati sintetizzati mediante un modello non lineare:

$$y = M (1 - e^{-\lambda t})$$



Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività e il problema della comorbidità

C. Vio, D. Maschietto

In Italia vi è un ampio consenso sul fatto che vi sono numerosi bambini iperattivi e/o disattenti. Da un recente ricerca, condotta su un ampio campione (1085 soggetti), risulta che c'è un'incidenza del 2,3% dell'ADHD tra i 6 e gli 11 anni (Marzocchi, Oosterlaan, De Meo, Di Pietro, Pezzica, Cavolina, Sergeant e Zuddas, 2001). Tuttavia per alcuni clinici dello sviluppo vi è una certa difficoltà a considerare questo disturbo con una sua specifica identità. Douglas (1988) sostiene che la confusione nella descrizione dei sintomi sta nel fatto che il deficit sottostante il disturbo pervade in modo diverso sia l'ambito comportamentale sia quello cognitivo, determinando una articolata costellazione di sintomi. Al momento attuale, non c'è un sostanziale accordo tra i ricercatori nella definizione di un profilo psicologico-comportamentale caratteristico dell'ADHD. Alcuni autori (Zuddas, Ncolletta, De Mauro, Marongiu e Cianchetti, 1999), in uno studio pilota, hanno riscontrato che iperattività, eccessiva vivacità, talora oppositività, valutate con la scala Conners, sono abbondantemente presenti anche in bambini che non riceveranno diagnosi di ADHD.

Anche sui processi implicati nel disturbo c'è una certa discordanza. Infatti, mentre per alcuni autori il problema centrale è quello dell'attenzione (ad esempio, Prior, 1991), per altri esso non sarebbe così centrale, in quanto non spiegherebbe le problematiche comportamentali di facile distraibilità e di irrequietezza motoria (Van De Meere e Sergeant). Per cui, a partire dagli anni Novanta, sono sorti numerosi studi atti ad approfondire altri meccanismi dell'elaborazione dell'informazione. In particolare:

- il controllo dell'attenzione;
- l'inibizione di risposte impulsive;

- l'autoregolazione (organizzazione e mantenimento dell'attenzione);
- la regolazione degli stati fisiologici, il cui deficit produrrebbe dei fallimenti nell'output delle elaborazioni cognitive, nella presa di decisioni e nell'organizzazione delle risposte comportamentali (Sergeant, Van der Meere e Oosterlaan, 1999);
- le funzioni esecutive (capacità autoregolative, di pianificazione e organizzazione del comportamento, flessibilità di pensiero e di azione in caso di errore, il riuscire a inibire risposte non rilevanti al contesto dell'azione).

Riguardo quest'ultimo punto alcuni autori (Pennington e Ozonoff, 1996; Shallice, Marzocchi, Coser, Del Savio, Meuter e Rumiati, 2002) hanno osservato una certa somiglianza tra comportamento di bambini ADHD e disordini comportamentali e/o attentivi di pazienti con lesioni prefrontali.

Lo scopo della presente ricerca è quello di definire un protocollo neuropsicologico in grado di evidenziare alcuni particolari processi carenti nei soggetti ADHD.

Il percorso diagnostico previsto dalla ricerca contemplava i seguenti punti:

1. raccolta dell'anamnesi;
2. somministrazione di questionari ai genitori (CBCL e SDAG);
3. somministrazione di prove neuropsicologiche:
 - Torre di Londra;
 - MF di Cornoldi (1996);
 - Test delle Campanelle;
 - CP;
 - Wisconsin Card Sorting Test (forma ridotta 48 carte);

- prove di memoria visuo-spaziale;
 - fluenza verbale per categorie fonemiche (entro 15"-30");
 - fluenza verbale per categorie semantiche (entro 15"-30");
4. osservazione e colloqui clinico;
5. il fatto che i soggetti avessero ricevuto la stessa diagnosi da due cliniche differenti.
- Il campione era costituito da 16 soggetti DDAI, 11 DDAI + comorbidità (DOP, DU, DAG DC) e 17 soggetti con altre psicopatologie (DAD, DGS, DU, DC, DP, DOP, DAG, DOP+DAD).

RISULTATI

SDAI

SDAGDIS	N	Media	D std.	E std.	Min	Max
1	16	19,56	5,39	1,35	10	26
2	11	22,73	6,07	1,83	6	27
3	17	16,94	5,61	1,36	6	27
F (2,41) = 3,526 p = ,039 (gruppi 2 vs. 3)						

SDAGIPER	N	Media	D std.	E std.	Min	Max
1	16	18,19	5,76	1,44	7	24
2	11	20,27	6,77	2,04	3	27
3	17	13,59	6,35	1,54	3	24
F (2,41) = 4,324 p = ,020 (gruppi 2 vs. 3)						

TOL	N	Media	Dev. st.	Min	Max
1	16	24,94	5,78	10	32
2	11	27,00	3,87	22	34
3	17	28,24	3,49	20	33
Totale	44	26,73	4,67	10	34
T-test (1+2 vs 3) F = 3.028 p = ,05					

Fluenza verbale per categorie fonemiche

Entro 15"

	N	Media	Dev. std.	Min	Max
1+2	15	3,4	2,7	2	7
3	15	6,5	1,4	4	8

Dopo 15"

	N	Media	Dev. std.	Min	Max
1+2	15	9,4	3,5	5	13
3	15	10,3	2,7	6	14

Effetto significativo del tempo sul gruppo

WSCT

Errori	N	Media	Dev. std.	Min	Max
1	16	51,69	25,5	12	86
2	11	60,27	17,75	39	86
3	17	32,29	25,91	6	73
Totale	44	46,34	26,25	6	86
F(2,41) = 5,147 p = ,010 (1 vs 3; 2 vs 3)					

WCST

RISPPERS	N	Media	Dev. st.	Min	Max
1	16	28,38	16,89	6	55
2	11	35,64	21,95	8	92
3	17	19,06	18,55	3	55
Totale	44	26,59	19,60	3	92
F = 2,69 p = ,08 (1+2 vs 3 F = 4,16 p = ,042)					

WSCT

ERRPERS	N	Media	Dev. st.	Min	Max
1	16	24,8	13,95	5	49
2	11	30,18	16,95	8	73
3	17	16,82	15,29	3	45
Totale	44	23,09	15,85	3	73
F(2,41) = 2,735 p = ,077 (1+2 vs. 3 F = 4,703 p = ,036)					

WSCT - Fallimenti nel mantenere la serie

	N	Media	Dev. st.	Min	Max
1	16	0,75	0,86	0	2
2	11	0,82	1,25	0	4
3	17	0,18	0,39	0	1
Totale	44	0,55	0,87	0	4
F (2,41) = 2,678 p = ,08 (1+2 vs. 3 F = 5,437 p = .025)					

Dai risultati (per brevità ne sono stati presentati solo alcuni) risulta che:

- l'ADHD ha un pattern neuropsicologico caratteristico;
- l'ADHD con diagnosi di comorbidità presenta un profilo neuropsicologico variegato: a volte simile a quello del campione clinico non ADHD, altre volte collocandosi in una posizione intermedia tra Campione ADHD e quello non ADHD, altre volte ancora può

presentare delle prestazioni simili a quelle del campione ADHD;

- le prove che indagano componenti delle Funzioni Esecutive (Prove WSCT, TOL e Fluenza verbale per categorie fonemiche) risultano compromesse nel bambino ADHD;
- le informazioni raccolte dai genitori risultano sensibili nel discriminare i comportamenti problema solo quando il bambino ADHD presenta anche una diagnosi associata.

Lettera di una mamma

Il nostro Mario* fin da piccolo ci faceva impazzire: per irrequietezza, disobbedienza, provocazione. Rapporti sociali quasi zero alla scuola materna.

Primi anni di scuola elementare: caratterizzati da buon profitto, scarsi rapporti con gli altri, periodi con manifestazioni asociali. In casa mai fermo (salti continui sul divano), ripetitività ossessiva nell'uso dell'altalena e nel girare in bicicletta attorno a casa (solo dentro recinto perché fuori doveva stare attento e così non poteva fantasticare). Dimenticanze di oggetti scolastici e non: all'exasperazione.

Dall'ultimo anno di materna alla quarta elementare compresa: nel periodo di inizio primavera si è sempre evidenziato un momento critico di particolare irrequietezza ecc., anche con notevoli ribassi scolastici. Presenza inoltre di tic, che variano periodicamente la sede: occhi, spalle, gambe, tocco delle orecchie, dei genitali ecc. E tanta, tanta esasperante stupidità che certo non l'ha aiutato né con gli adulti, né con i coetanei. Fin da piccolo abbiamo avuto qualche flash che indicava una sensibilità e acutezza intellettiva un po' speciali.

Febbraio di 3ª elementare: il prof. Zappella di Siena gli diagnostica "deficit di attenzione e iperattività"; ci dà una serie di indicazioni educative per casa e per scuola, sconsiglia farmaci perché vede il bambino molto intelligente e, tutto sommato, in grado di controllarsi sufficientemente.

Febbraio di 4ª elementare: nonostante la messa in campo delle varie strategie psico educative consigliate anche da psicologi dell'associazione AIDAI, Mario "salta". Successivamente il prof. Zappella ci invita a provare un farmaco per ridurre i tic, con azione anche sul tono dell'umore

onde favorire i rapporti sociali. Il farmaco però si rivela un fallimento. Mario ancor più elettrizzato (giugno).

Settembre inizio 5ª elementare: day hospital a S. Donà di Piave. Viene diagnosticato un disturbo d'ansia, mentre i test non rilevano un vero e proprio deficit di attenzione. Viene prescritto un farmaco (Risperdal) che, nonostante le bassissime dosi, porta Mario a inedite scenate violente e perfino ad atti di autolesionismo. Abbandoniamo il farmaco e, piano piano, rientrano i comportamenti più brutti.

Dicembre di 5ª elementare: la disperazione ci porta all'ultima spiaggia e ci rivolgiamo a una pediatra omeopata, che collabora con alcuni NPI. ***Finalmente Mario si libera dei tic e per la prima volta passa serenamente il periodo critico di inizio primavera.*** L'azione del suo rimedio omeopatico "Stramonium" lo mette inoltre nelle condizioni di beneficiare in pieno del sostegno psicologico cui sporadicamente si appoggia al bisogno (una decina di sedute sparse nell'anno) per "vuotare il sacco".

Mario progressivamente si apre, parla (non raccontava mai niente di quanto viveva a scuola o negli altri ambienti fuori casa!), e parlando può venire ulteriormente aiutato a costruirsi la propria sicurezza, sdrammatizzando quando serve, e proponendosi lui i cambiamenti da attuare, quando capisce che è opportuno. Finalmente cresce un buon rapporto di fiducia con noi genitori, con gli insegnanti, con gli scout, a catechismo. Abbandona quasi senza accorgersi i comportamenti "sciocchi" e comincia a manifestare la gratitudine con tutti per quanto è consapevole di ricevere.

Discorrere con lui è un vero piacere per tutti, anche perché emergono intelligenza e sensibilità superiori alla sua età. Quest'anno che sta per fi-

nire – prima media – è perfino arrivato a studiare con piacere e a vivere con gioia la scuola (!). Vive per la prima volta importanti riconoscimenti amicali, come l’invito al compleanno di qualche compagno.

Mario rimane un bambino col “morbin” interno: gli rimane molto difficile mantenere l’attenzione in classe, e non sempre gli riesce, soprattutto se l’insegnante si dilunga; per lui scrivere è un vero tormento (che comincia a ovviare un po’ facendo qualche compito per casa col computer); ricopiare è per lui la cosa in assoluto più difficile; tende a lasciare tutto in disordine e prepararsi la cartella è il compito più sgradevole per lui; appena si annoia le mani cominciano a roteare oggetti e oggettini; mantiene il bisogno di muoversi di tanto in tanto; sa ancora arrabbiarsi molto, ma... sono piccolissime spine rispetto all’angoscia che abbiamo vissuto in passato! E finalmente cominciamo a vivere un immaginario positivo del suo futuro.

Colgo l’occasione per esprimere alcune riflessioni che forse potranno servire quanto meno alla discussione.

1) La diagnosi rappresenta un importante punto di arrivo e di partenza nello stesso tempo. È come una porta che si chiude (dunque è vero che c’è qualcosa che non va in mio figlio), ma anche come un portone che si apre (finalmente so da che parte orientare le mie energie per stare meglio e per ottenere i miglioramenti auspicati; finalmente ho in mano qualcosa che mi permette di difendere mio figlio a scuola, perché venga innanzitutto compreso ecc.). Forse nel campo dei comportamenti “un po’ fuori norma” non è facile arrivare a una diagnosi chiara e inequivocabile; il deficit di attenzione e iperattività non per tutti è uguale; per questo credo che i professionisti dovrebbero essere anche umili e aperti a soluzioni diverse da quelle proposte da loro: in definitiva ogni bambino è oggetto di una continua ricerca-azione che porta a rettifiche continue.

2) In questo lavoro di ricerca-azione i primi soggetti sono i genitori. Il genitore conosce meglio e più di tutti il proprio figlio. E ha il diritto-dovere di decidere la strada che ritiene migliore per lui in ogni momento. Mi riferisco anche all’uso di farmaci: certo, sarebbe compito doveroso che i medici informassero correttamente, onestamente, esaurientemente, circa i benefici e i possibili effetti collaterali dei farmaci che prescrivono, così che la scelta – con le sue conseguenze – diventi il più consapevole e partecipata possibile. Secondo noi il farmaco è una buona cosa nella misura in cui serve al bambino; non si tratta di schierarsi pro o contro in assoluto. E credo non ci sia sicurezza assoluta per promuovere o bocciare in assoluto il Ritalin. Ripeto: il genitore dovrebbe avere il diritto di provare questo come altri farmaci, perché è nella logica della speranza – propria del genitore – non abbandonare a priori nessuna strada possibile che possa portare beneficio al figlio. Un genitore non potrà mai accontentarsi di una posizione ideologica: ha il problema sulla pelle!

3) È importante che il genitore si senta accolto con rispetto almeno da medici e psicologi, perché possa innanzitutto rinfrancarsi anche in vista del sostegno scolastico di cui il figlio ha bisogno (oltre ai suoi insegnanti di solito poco informati quando anche non prevenuti).

* Nome non vero, per tutelare nostro figlio da eventuali riconoscimenti.

Rapporto sulla riunione di Londra con le associazioni Europee

M. Omerini

Introduzione

Pam Rasmussen ha invitato i partecipanti al meeting e ha fornito loro una relazione dell'interesse dimostrato da Johnson & Johnson sulla ADHD e DBD (malattia di comportamento confusionario, negativo). Janssen-Cilag, che è un assistente di Johnson & Johnson, ha due prodotti usati per curare ADHD e DBD – Concerta e Risperdal. Comunque, il nostro interesse a farsi conoscere dalle organizzazioni dei partecipanti va ben oltre il desiderio di creare una preparazione sui nostri prodotti. Il credo della J&J afferma che le esigenze delle persone che prendono le nostre medicine, e dei loro familiari, sono di primaria importanza. La ditta stessa è consapevole della sensibilità coinvolta nell'identificare e nel curare i bambini e gli adolescenti che sono colpiti da disturbi mentali. L'educazione su tutti i vari aspetti è necessaria e Janssen-Cilag non può fornire da solo questo servizio. In particolare la ditta ha bisogno di gruppi di rappresentanza che aiutino a capire le esigenze che ci sono e i modi più efficaci per soddisfarle, dove possibile. Di conseguenza, l'esecuzione di tutto ciò sarà possibile se si riesce a creare una mutua e proficua collaborazione.

Una prospettiva medica: studi/risultati particolari associati a concomitanti malattie comportamentali disgregative

Prof. Harry Zeitlin, University College, London

Il prof. Zeitlin ha discusso sulla varietà di malattie del comportamento che spesso coesistono con ADHD e su le complessità e percezioni errate che possono rendere difficile arrivare a una diagnosi corretta. Uno dei messaggi chiave della sua presentazione è che gli psicostimolanti, e altre terapie per ADHD, sono spesso non appropriate o non dovrebbero essere usate da sole in persone che hanno già altri sintomi come aggressione, rifiuto delle regole e depressione.

Una prospettiva medica: “ambiente sociale e medico” dell'ADHD

Dr. Nikos Myttas, Finchley Memorial Hospital, London

Dr. Myttas ha parlato dei vari ostacoli ai trattamenti medici della ADHD partendo dal punto di vista dei pazienti, e delle qualità intrinseche delle medicazioni stesse. Questi ostacoli includono la tendenza dei genitori a sentirsi responsabili della malattia dei loro figli, e lui ha descritto l'interazione tra il rifiuto da parte dei genitori e l'ignoranza da parte di molti dottori. Dr. Myttas inoltre ha esaminato le guide UK NICE sulle cure per la ADHD, che consigliano methylphenidate per i casi più gravi di ADHD, e ha parlato dei costi associati alle cure e anche all'eventuale fallimento di queste cure. Ha sottolineato gli altri tipi di condizioni avverse che possono svilupparsi se la ADHD non viene curata. Infine, Dr. Myttas ha parlato del diritto dei pazienti a essere curati.

Ostacoli alla consapevolezza/accettazione della malattia

Barriere sociali e politiche

- *Pregiudizi sociali:* nella maggioranza dei paesi ADHD non è considerata una condizione medica ma piuttosto un problema causato da un comportamento sbagliato e negativo dei genitori. In Spagna ad esempio, i medici spesso dicono che la malattia scomparirà con la crescita. Tutti i partecipanti concordano sul fatto che deve essere fatto di più per evidenziare le basi biologiche del ADHD. Comunque, è stato notato che in alcuni paesi, la consapevolezza del ADHD sta crescendo e che il risultato di ciò è una maggiore accettazione della malattia. Questo è vero soprattutto nel Regno Unito.
- *Un linguaggio unico per ADHD:* ciò che aggrava la non accettazione del ADHD come

una malattia è anche l'uso di un linguaggio incoerente, non esatto. I partecipanti tedeschi hanno commentato che nel loro paese, nomi diversi sono stati usati durante gli anni per descrivere la malattia, creando molta confusione. Questo problema del linguaggio sembra essere comune a tutti i paesi, con la conseguenza che ADHD e DBD sono messe insieme (confuse tra di loro). Inoltre, Dr. Myttas consiglia di usare i termini sindrome e condizione piuttosto che malattia o disturbo. I genitori credono che i loro figli abbiano una malattia mentale e i dottori richiedono un approfondimento prima di accettare questo troppo concretamente.

- *Disponibilità del trattamento:* questo è un argomento particolare in Italia, dove le restrizioni governative ostacolano la prescrizione di Ritalin. Negli anni Sessanta limitazioni del genere erano presenti in UK, Germania, Spagna; questo era però dovuto a un abuso di Ritalin. Oggi, in Germania, si teme che il governo possa seguire l'esempio dell'Italia visto l'aumento delle prescrizioni di Ritalin. Questo timore è aggravato anche dalle esagerazioni dei media.
- *Attitudine nei confronti delle medicazioni:* il consenso generale dei gruppi è che l'interpretazione esagerata da parte dei media abbia incoraggiato delle opinioni contro l'uso di medicine per curare ADHD. La percezione generale è che ADHD sia sovradagnosticata e methylphenidate sovraprescritto.
- *Esigenze particolari:* in generale, i partecipanti pensano che sia data abbastanza importanza e attenzione a ADHD negli adulti. Attualmente non ci sono cure approvate per gli adulti. Inoltre, non c'è nemmeno nessuna informazione su ADHD nei bambini in età da asilo. Questo è un argomento che stanno ancora studiando in Germania.
- *Mancanza di gruppi di sostegno:* in particolare nel UK, c'è un numero sempre più alto di gruppi anti-medicazioni, come Overload. Dietro a questi movimenti si pensa che ci siano gli Scientologi.

Ostacoli educativi

- *Mancanza di accettazione/consapevolezza:* una cosa comune tra i partecipanti era la

mancanza di accettazione e comprensione di ADHD nelle scuole. Ad esempio, in UK, è cosa comune che i professori si rifiutassero di amministrare le medicine per ADHD.

- *Servizi di sostegno/supporto:* una mancanza di servizi adatti pre sostenere i bambini con ADHD e le loro famiglie è comune in tutti i paesi. In Spagna e Italia, non esistono delle strutture per bambini con ADHD o problemi simili. I partecipanti da UK e Germania hanno notato inoltre che c'è una mancanza generale di servizi sociali. Nel UK ad esempio, ADHD non è riconosciuta dal Dipartimento di Educazione come una condizione per chiedere un supporto.

Ostacoli medici

- *Scetticismo:* in molti, se non in tutti i paesi, i medici sono molto scettici su ADHD in generale e sulle varie cure. Questo può essere dovuto alla riluttanza a controllare i pazienti, alla mancanza di fondi governativi e di supporto, e alla semplice ignoranza.
- *Fondi:* restrizione dei fondi e liste d'attesa molto lunghe sono citate come un problema in UK.
- *Diagnosi:* una volta che finalmente un individuo ottiene attenzione medica, si pensa che molti dottori facciano delle diagnosi incomplete o inaccurate – ad esempio, non differenziando la ADHD dalla DBD e da altre malattie. Il risultato è che il Ritalin viene prescritto più del dovuto. Se il Ritalin non funziona perché è stato usato nella persona sbagliata, questo porta a credere che la medicina non serva e il concetto viene generalizzato a un intero gruppo di pazienti.

abbattere gli ostacoli. Idee per cancellare la stigmatizzazione e far retrocedere l'ignoranza

La stigmatizzazione è stata identificata come la causa maggiore degli ostacoli identificati nella prima parte del meeting. La stigmatizzazione impedisce agli insegnanti di identificare il problema e di cooperare con i trattamenti per i loro studenti, impedisce ai genitori di cercare aiuto per i loro figli e ai dottori di curare. L'ostacolo più grande è la mancanza di consapevolezza e di comprensione.

In termini di messaggio, la sensazione generale è che sia più importante comunicare le cause biolo-

giche del ADHD, i suoi effetti più significativi e il bisogno di una diagnosi differenziale anticipata.

Si concorda sul fatto che programmi specifici dovrebbero essere rivolti a un pubblico specifico, piuttosto che cercare di raggiungere più di un target allo stesso tempo. Così ad esempio dovrebbero essere creati programmi in modo da insegnare ai professori a rivolgersi ai loro pari invece di usare i genitori di bambini con ADHD per comunicare con questo pubblico.

È stato suggerito che sarebbe più efficace istruire gli insegnanti mentre sono ancora all'università/scuola di medicina.

Due obiettivi prioritari per una giusta educazione sono i genitori e gli insegnanti:

- i genitori devono imparare non solo più cose possibili su ADHD ma anche su come si diventa sostenitori per se stessi, i loro figli e gli altri;
- gli insegnanti hanno bisogno di aiuto per destigmatizzare ADHD (tra di loro e nelle loro classi), sapendo come identificare gli studenti che hanno bisogno di attenzione particolare e capendo come affrontare l'argomento con i loro genitori.

È molto importante un'educazione di tutti in generale, includendo programmi che abbiamo come obiettivo i media.

Le iniziative descritte di seguito sono state suggerite come attività che hanno dimostrato di essere efficaci per superare i vari ostacoli e per supportare le persone affette da ADHD e le loro famiglie.

1. Conferenze formative per insegnanti, genitori e dottori. In particolare sono state menzionate delle classi fatte durante l'attività degli insegnanti e delle classi educative e continue per i dottori, come pure l'aggiunta di moduli(?) su ADHD e le malattie connesse sui testi universitari in modo da raggiungere i dottori ancora durante la loro formazione.
2. Arrivare ai media evidenziando le cause biologiche di ADHD e il bisogno di lasciare la cultura della colpa. Mezzi specifici tramite i media possono essere i documentari e articoli.
3. Fornire educazione attraverso volantini da mettere negli uffici dei dottori e bollettini da parte dei vari gruppi di rappresentanza.
4. Aiuto telefonico.

Varie attività sono state proposte da Janssen-Cilag, che poi introdusse ulteriori idee aggiuntive.

“Formare il formatore”

Programmi e moduli educativi e insegnati

- In origine, la proposta era quella di creare un modulo educativo che potesse essere usato come base per un programma ai meeting del PTO. Comunque, i partecipanti concordano sul fatto che è meglio se gli insegnanti insegnano agli altri insegnanti senza coinvolgere direttamente i genitori.
- I partecipanti concordano sul fatto che comunque bisognerebbe fare un pacchetto educativo creato apposta per gli insegnanti. I messaggi semplici sono i migliori, i più comprensibili. Questo pacchetto dovrebbe fornire agli insegnanti dei consigli pratici, ad esempio su come si va d'accordo con un bambino con ADHD.
- Ancora più efficace sarebbe l'inserimento in questo pacchetto di un programma “istruisci l'insegnante”, nel quale l'insegnante sarebbe istruito sull'uso del materiale fornito, potendo essere così d'aiuto sulla distribuzione/perfezionamento del materiale nei distretti scolastici locali.

Educazione dell'opinione pubblica e dei media

- Una campagna anti-stigma, fatta apposta per educare i media e altri gruppi target sulle basi biologiche e sull'impatto del ADHD e relative conseguenze, potrebbe essere creata. Andrebbe fatta nei paesi per una locale personalizzazione e perfezionata attraverso la collaborazione delle varie ditte.
- Un metodo efficace suggerito per attirare l'attenzione dei media, in modo positivo, è quello di identificare una celebrità che ha ADHD, o che ha un figlio con questa malattia, e che sia disposto a parlarne pubblicamente.
- Anche senza una celebrità, si è d'accordo che lo studio dei casi è essenziale per ottenere un risultato. I gruppi di rappresentanza presenti indicano che loro sarebbero disposti ad aiutare a compilare una banca dati di casi studiati (anonimi).
- Nel UK ha avuto la sua efficacia inserire nelle soap-opera più popolari l'argomento della ADHD.

Materiali per bambini e adolescenti, scritti dal loro punto di vista

- Si concorda sul fatto che materiale educati-

vo scritto dal punto di vista dei bambini o adolescenti sarebbe utile per i genitori da usare con i loro figli (per aiutarli a capire perché sono “diversi”) e per gli insegnanti da usare nelle loro classi per sfatare i “falsi miti” tra gli studenti.

- In UK c’è un video chiamato “Jumping...” e un libro pubblicato in Germania che servono in un certo modo come materiale educativo.
- Un personaggio/cartone animato potrebbe essere sviluppato per parlare ai bambini o agli adolescenti con ADHD, e adattato poi in altri formati come libri comici, CD-ROM, video e siti internet interattivi. I caratteri creati dovrebbero essere adattati per gruppi di diverse età, e di diversa cultura se necessario. (comunque il carattere deve essere creato in modo da poter essere cambiato facilmente in base alle esigenze).

Bollettini d’informazione

- Bollettini per i membri e altre persone interessate sono distribuiti da tanti partecipanti. Loro aiutano i genitori a non sentirsi isolati e soli.
- Suggerimenti per raggiungere questo:
 - collaborazione tra le varie ditte aiuta a suddividere i costi, sia per i gruppi che già emettono bollettini sia per quelli che vorrebbero cominciare a farlo;
 - creazione di un bollettino base che poi possa essere usato in diversi paesi e adattato alle diverse culture;
 - dare la possibilità ai genitori di abbonarsi a questi bollettini tramite gli studi dei loro medici, non appena ai loro figli è diagnosticata la malattia.

Diario dei sintomi

- Un elenco dei sintomi esiste già in molti paesi e sembra essere molto utile per i genitori e i dottori. Spiega chiaramente quando le cure funzionano o no. Janssen-Cilag dovrebbe considerare il fatto di fornire anche questo strumento.

Altre idee

- È stato anche suggerito di organizzare una conferenza europea.
- Ogni paese organizza già le proprie confe-

renze, e l’idea è mettere assieme le varie risorse per organizzare una versione più piccola di CHADD.

Parametri adatti a una collaborazione tra propugnatori e compagnie

Attuali relazioni con le compagnie farmaceutiche

- UK: ADDISS ha lavorato con le compagnie farmaceutiche per creare il sito web.
- Spagna: ADANA riceve dei fondi limitati dalla banca. L’organizzazione non ha lavorato con le compagnie farmaceutiche.
- Svizzera: Hyperactif attualmente non ha nessun tipo di collaborazione con le compagnie, ma è interessata a farlo dove si renda necessario e appropriato.
- Italia: AIDAI attualmente non riceve un supporto finanziario dalle ditte farmaceutiche, ma sarebbe interessata a una collaborazione per creare del materiale educativo.
- Germania: IG ADHD ha lavorato con le ditte farmaceutiche, in particolare nella collaborazione per le conferenze. Sarebbe interessata a creare una collaborazione e a ottenere un supporto finanziario per i suoi bollettini.

Suggerimenti per il futuro

- Le organizzazioni partecipanti sono interessate nel produrre delle informazioni per le loro case madri in modo che siano meglio informate e in grado di supportare i loro membri.
- Un supporto finanziario per permettere ai rappresentanti dei gruppi di essere presenti alle conferenze su ADHD al di fuori del loro paese sarebbe bene accetto. Altri suggerimenti includono la sponsorizzazione di bollettini e una formazione di portavoce/media.
- Il consenso generale era che tutti potessero beneficiare di una collaborazione maggiore con le ditte farmaceutiche, se gestita appropriatamente.

Sommario dei prossimi provvedimenti

- Jansen-Cilag riconvocherà questi gruppi di rappresentanza e considererà l’ipotesi di invitare anche altri gruppi.
- Nei meeting futuri si discuterà anche di proposte specifiche per programmi mirati.

Bibliografia di approfondimento

ARTICOLI

- Barkley R. A. (1999). Deficit di attenzione/iperattività, *Le Scienze* (Gennaio, 1999).
- Bernabei P., Romani M. & Levi G. (1995). ADHD: sintomo o sindrome? *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 359-366.
- Bigozzi L. (2001). L'intervento metacognitivo nel deficit di attenzione: un caso felice. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 5, 117-131.
- Burani R., Mezzalana E. & Petrucci M. N. (1996). Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività e Disturbo della Condotta: riflessioni sulla comorbidità. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 447-453.
- Camerini G. B., Coccia M., Caffo E. (1996). Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 587-594.
- Carbone E. (2002). Adattare l'ambiente della classe ai bisogni degli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. *Difficoltà di Apprendimento*, 7(4), 499-520.
- Cornoldi (1998). La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione. *Psicologia Contemporanea* n. 147 (Maggio/Giugno 1998).
- Di Nuovo S., Torrisi A.M. & Gelardi D. (1999). Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2(1), 59-78.
- Di Pietro M. (1995). Disturbi da deficit d'attenzione e iperattività: l'intervento razional-emotivo. *Difficoltà di Apprendimento*, 1 (1), 107-118.
- Fabio R. A. (2000). Migliorare l'attenzione nel contesto individuale e in classe: metodi di intervento. *Difficoltà di apprendimento*, 6 (1), 37-46.
- Gallucci F., Bird H., Berardi C., Gallai V., Pfanner P. & Weinberg A. (1995). Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 15, 67-179.
- Gardill, Du Paul et al. (1999), Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività. *Difficoltà di Apprendimento*, 4 (4), 567-578.
- Mazzotta G. & Vallai V. (1992). La terapia farmacologica nei soggetti con disturbo dell'attenzione. Revisione critica della letteratura. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 59, 599-608.
- Marzocchi G.M. & Cornoldi C. (2000). Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 4, 43-63.
- Marzocchi G. M. & Cornoldi C. (1998), Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 173-186.
- Marzocchi G. M., Oosterlaan J., De Meo T., Di Pietro M., Pezzica S., Cavolina P., Sergeant J.A. & Zuddas A. (2001). Scala di valutazione dei Comportamenti Dirompenti per insegnanti (SCOD-I): validazione e standardizzazione di un questionario per la valutazione dei comportamenti dirompenti a scuola. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 21, 378-393.
- Nisi A. (1986). L'allievo iperattivo. *Psicologia e scuola*, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).
- Offredi F. & Vio C. (1999). Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi. *Difficoltà di Apprendimento*, 4, 379-398.
- Polirstok S.R. (1999). La comorbidità nel defi-

- cit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2, 9-16.
- Romani M., Sogos C. & Levi G. (1998). ADHD e percorsi evolutivi: appunti di ricerca. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 247-256.
- Saccomani, Battaglia, Rizzo, Ravera, Trompetto & De Negri (1995). Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 15, 111-120.
- Saccomani L., Rizzo P. & Ravera G. (1998). Farmacoterapia nei disturbi dell'attenzione esperienza clinica in età evolutiva. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 105-112.
- Sani e Villani (1995). La sindrome da deficit attentivo con iperattività. *Aggiornamento Medico* (Gennaio-febbraio, 1995).
- Sechi E., Corcelli A. & Vasques P. (1998). Difficoltà esecutive e problemi di programmazione pratica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- Sechi E., Corcelli A. & Levi G. (1999). Difficoltà di memoria verbale nei bambini con Disturbi di Attenzione e Disturbi di Apprendimento. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3 (3), 489-503.
- Sironi E. & Frinco M. (1997). Iperattività e disturbi dell'attenzione nella scuola elementare, *Psicologia e Scuola*, 83, 10-19.
- Vio C., Offredi F. & Marzocchi G.M. (1999). Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 241-262.
- Zuddas A., Anciletta B., DeMuro S., Marongiu A. & Cianchetti C. (1999). Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo ed iperattività: uno studio pilota. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 735-746.

LIBRI E CAPITOLI

- Bisiacchi P. & Fabbro N. (2002). Il disturbo di attenzione e iperattività. In *I Disturbi dello Sviluppo* (S. Vicari & C. Caselli, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- Cornoldi C., Gardinale M., Pettenò L. & Masi A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Edizioni Erickson.
- Cornoldi C., De Meo T., Offredi F. & Vio C. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Edizioni Erickson.
- Di Pietro M., Bassi E. & Filoramo G. (2001). *L'alunno iperattivo in classe*. Edizioni Erickson.
- Douglas M. L. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.
- Fabio R. A. (2001). *L'attenzione*. Franco Angeli Editore.
- Kirby & Grimley (1989). *Disturbi dell'attenzione e iperattività*. Edizioni Erickson
- Margheriti M. & Sabbadini G. (1995). L'iperattività e i disturbi dell'attenzione. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.
- Munden A. & Arcelus J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.
- Prekop J. & Schweitzer C. (1999). *Bambini iperattivi*. Como: RED.
- Prior M. (1991). L'iperattività. In *I disturbi dell'apprendimento* (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- Resnick R. J. (2002). *Impulsività, disattenzione e iperattività nell'adulto. Guida al trattamento dell'ADHD*. Ed. Mc Graw-Hill.
- Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*, Trento: Erickson.