

Indice del Newsletter 4/2, Febbraio 2002

Editoriale (G. M. Marzocchi)

La storia di M: lettera della mamma, relazioni degli insegnanti e della psicologa (M. Gardinale)

Il pediatra del bambino ADHD (S. Corbo, F. Marolla, V. Sarno)

La reintroduzione del Metilfenidato in Italia: (A. Zuddas)

Assemblea dei soci, 29 settembre 2001

Convegni

Bibliografia di approfondimento

Editoriale

In questo numero del newsletter riportiamo la storia di M. vista da tre punti di vista diversi: la famiglia, la scuola e la psicologa. Naturalmente si tratta di un caso che sta evolvendo positivamente, ma, soprattutto dal racconto della madre, si può constatare come l'accoglienza del bambino in un certo ambiente scolastico possa giocare un ruolo fondamentale nella crescita del ragazzo. M. dopo esser andato in un'altra scuola non è cambiato, ma ha trovato degli insegnanti diversi. Insegnanti che si sono armati di pazienza e umiltà, disposti ad ascoltare la psicologa e la mamma. Insegnanti non sempre pronti ad accusare M. di quello che combinava e dei compiti che non faceva, ma piuttosto attenti a cogliere lo sforzo e l'impegno di M. per cercare di migliorare. A forza di cercarli, i miglioramenti non hanno tardato ad arrivare. Di seguito viene presentato il punto di vista di un gruppo di pediatri di Roma, motivati e interessati a capire il DDAI. In questo articolo viene messo in luce il ruolo specifico del pediatra, il quale ha in carico il bambino nella sua completezza e pertanto si trova nella necessità di dover essere in grado di fare una prima segnalazione, in caso di problematiche comportamentali e decidere eventualmente l'invio ad uno specialista. Il prof. Zuddas ci aggiorna sulla situazione dei farmaci in Italia, ovvero lo stato dell'arte attuale rispetto all'introduzione del metilfenidato sul mercato nazionale. Numerosi articoli, interviste, trasmissioni TV (persino uno show di Beppe Grillo) si sono scagliati contro l'uso del metilfenidato per il DDAI. L'AIDAI si preoccupa solamente di lasciar parlare gli esperti, Neuropsichiatri Infantili e Farmacologici, e di ignorare le numerose voci discondanti e spesso male informate sull'uso del metilfenidato.

Lo scorso 29 settembre 2001, a Roma si è tenuto il Terzo Convegno Annuale della nostra associazione. Potremmo dire con soddisfazione che si è trattato ancora una volta di un successo di pubblico e di contenuti. Erano presenti circa 300 tra genitori, insegnanti e pediatri. La sessione plenaria ha fatto luce

sulle novità della ricerca scientifica, mentre i seminari del pomeriggio hanno dato modo alle diverse figure professionali di approfondire alcuni temi di loro interesse.

Al termine del convegno si è tenuta l'assemblea che ha approvato l'aumento della quota associativa € 25 (socio ordinario), e l'istituzione della figura di socio sostenitore (quota associativa pari a €50).

Sul nostro sito www.aidai.org sarà presto attivo il forum sul bambino iperattivo a cui potranno partecipare tutte le persone interessate. Una decina di esperti, dislocati su tutto il territorio nazionale, risponderanno alle domande degli intervenuti. In questo modo anche i genitori e gli insegnanti potranno conoscersi sempre di più. Infine il newsletter riporta il programma del primo simposio scientifico organizzato dall'AIDAI che si terrà a Padova il 3 maggio 2002: si tratta di un'intera giornata dedicata alla ricerca italiana sul DDAI.

Lettera della mamma di M.

Vi racconto di Marco, un bambino vivace, anzi molto vivace, in continua attività, allegro, affettuoso, sensibile ed emotivo; gioca volentieri con tutti, partecipa a qualsiasi attività, un bambino con un'intelligenza "particolare" a detta di Antonietta l'insegnante della Scuola Materna, frequentata da mio figlio, ed istruttrice di ginnastica Psicomotoria alla quale Marco ha partecipato per due anni.

Il suo consiglio prima del congedo dalla Scuola Materna è stato "è un bambino con un'intelligenza particolare, non tarpategli le ali".

A me inizialmente era sembrato molto bello quello che aveva detto Antonietta e sicuramente in quella frase c'era il consiglio di capire cosa sentisse dentro Marco e farlo esprimere ascoltando le sue esigenze.

"Particolare",voleva forse essere un campanello d'allarme?

Tutto sembra rientrare nella normalità fino al giorno dell'ingresso di Marco alla Scuola Elementare.

Una classe numerosa, a tempo pieno (scelta per esigenze di una mamma che lavora), due insegnanti per la prima volta assieme, che fin dal primo incontro hanno trasmesso una sensazione di distacco freddezza ho detto a me stessa, speriamo che sia solo impressione e che siano buone insegnanti.

Invece dopo solo 15 giorni di lezioni è cominciato il "calvario": richiami scritti e verbali a Marco e ai genitori sottolineando una grandissima immaturità del bambino, movimento continuo tanto da creare una confusione diffusa in ogni cosa fatta, corse nei corridoi, gioca con l'acqua in bagno, fa dispetti ai compagni in classe, non sa porsi con gli altri se non per approfittare di qualche situazione per trarne vantaggio, manca di rispetto alle insegnanti, non ascolta i loro richiami e distrae i compagni durante le

spiegazioni trascinandosi dietro la classe. “Un bambino che si comporta così ora, da grande sarà sicuramente un teppista”, parole dell’insegnante di Italiano.

Ai rimproveri sembra non abbia nessuna reazione, nemmeno se ne risente, questo è ciò che dimostra in classe e anche fuori.

Sento che qualcosa non va.

Le insegnanti continuano a dire che le cose non vanno bene, che non è interessato alle lezioni, che continua a disturbare e il loro pensiero è che sicuramente Marco ha dei problemi psicologici vista l’irrequietezza, la mancanza di serenità, di equilibrio e che loro non riescono più a gestirlo e dovendolo seguire anche nello svolgimento dei compiti (per loro “fare da stampella”) pensano di chiedere per lui un’insegnante di sostegno.

Ricordo che ho provato un gran dolore dal giudizio formulato dalle insegnanti su mio figlio, tanto che, presa dall’ansia e dalla preoccupazione per la serenità di Marco e per l’autostima che in lui si era talmente ridotta da fargli dire che non era niente, non sapeva far niente ed era il “bambino terribile”, come gli cantavano alcune insegnanti e compagni, decisi anche su consiglio del pediatra di contattare una psicologa esperta dell’età evolutiva.

L’incontro con l’esperta, mi ha fatto luce su quello che succedeva, soprattutto dopo un’attenta analisi del bambino dalla quale è risultato che soffre di un disturbo chiamato “Deficit di attenzione e Iperattività”, che sembra acutizzarsi in ambienti rumorosi, dove regna la confusione e dove se le persone che vivono a stretto contatto con i bambini definiti non sono a conoscenza del disturbo e delle conseguenze che esso crea, il risultato è che vengono catalogati bambini con problemi comportamentali, come ho descritto sopra.

Si comincia così ad avere una serie di incontri (per più di un anno) con la psicologa, seguendo esercizi sulla concentrazione e consigli sulle strategie da usare per fare in modo che Marco si ponga in modo positivo con tutti e abbandoni le provocazioni e le diffidenze che ha maturato, perché tutti ormai dicono che qualsiasi cosa succeda di male è colpa sua; consigli e strategie che vengono proposte anche alle insegnanti direttamente dall’esperta che ha cercato di far capire loro quanto i disturbi attentivi di Marco incidano nel suo comportamento (con una serie di conseguenze a ruota).

Come poi siano stati usati questi consigli dalle insegnanti, francamente non lo so, tanto più che durante i frequenti colloqui individuali, continuano a ripetere che per loro non è cambiato nulla, sentono di aver sprecato energie, di aver cercato di capire e aver dato la loro disponibilità, ma senza risultato. Per loro tutto è stato un fallimento, compresa la diagnosi dell’esperta; vedono solo il comportamento di Marco e non pensano che questo venga anche da un insieme di cause e quindi come conseguenza di queste.

Dopo tutto quello che si è fatto, con sacrifici di vario genere e prima di tutto dello stesso Marco che alla fine si è convinto di essere diverso dagli altri bambini, non capito e accettato; sentendo invece le opinioni positive in altri ambienti frequentati dal bambino, ascoltando il grande desiderio dello stesso di avere come insegnanti quelle delle classi vicine alla sua, siamo arrivate, assieme alla psicologa, valutando cosa è meglio per Marco, alla conclusione che bisogna prendere un'altra strada facendo in aprile una richiesta alla direttrice di spostare il bambino in un'altra sezione, facendo presente che per il disturbo di cui soffre è sicuramente consigliata una classe che faccia un orario meno pesante e con meno alunni.

Non è stata facile la scelta di cambiare solamente classe e non scuola, cosa non gradita alla direttrice, e alle insegnanti che in qualche modo si sono dovute mettere in discussione confrontandosi con le colleghe della nuova classe; per la preoccupazione che abbiamo avuto in famiglia per Marco che si è ritrovato a dover affrontare tutto di nuovo compagni, insegnanti, sistemi di lavoro, lasciando anche quegli amici che nell'arco di 3 anni di scuola si era fatto e che si erano dimostrati tali anche quando lo avevano difeso.

Passa l'estate, tra ansie per il fatto che la direttrice non mi ha subito assicurato che il passaggio si può fare e le telefonate fatte, anche dal luogo di vacanza, per sapere dove sarà inserito mio figlio; alla fine di luglio ho saputo quale sarebbe stata la sua destinazione.

A settembre siamo partiti assieme a Marco per questa nuova esperienza che dal primo giorno di scuola ha fatto subito capire che l'atmosfera della nuova classe, le insegnanti e anche i nuovi compagni sono molto diverse dalle precedenti.

Marco è stato subito accolto con gioia e amicizia da tutti, capito da insegnanti sensibili al problema e questo assieme alla fiducia e all'incoraggiamento datogli, alle gratificazioni meritate perché in un ambiente sereno dove tutti lavorano e si aiutano con affetto è riuscito a concentrarsi e a ritrovare tutte le sicurezze di cui ha bisogno e su cui la psicologa per prima aveva lavorato molto; hanno fatto esprimere a Marco tutto il buono che c'è in lui.

Non si è più parlato di insegnante di sostegno, perché l'autostima che si è ricostruita in Marco lo ha reso giorno per giorno sempre più autonomo e soprattutto sereno con tanta voglia di imparare.

Sono particolarmente grata, alla psicologa che ha aiutato Marco e fatto trovare la forza a noi genitori di combattere contro le ingiustizie dovute alla scarsa conoscenza e sensibilità di parte del personale educativo sui "disturbi" di cui vi ho parlato, e alle attuali insegnanti di Marco che con il loro amore hanno saputo fare di lui un bambino "felice".

(La mamma di Marco)

Relazione degli insegnanti sull'alunno M.

M. è stato inserito nella nostra classe, una IV^a elementare, all'inizio dell'anno scolastico. Conoscevamo questo alunno poiché era nella classe a tempo pieno parallela alla nostra.

La mamma di M. aveva fatto richiesta che il bambino potesse fare meno ore di scuola, per trovare del tempo necessario a recuperare l'eccessivo affaticamento; per questo è stato inserito in una classe a modulo con un rientro settimanale.

M. è un bambino simpatico con due occhi luminosi, un sorriso accattivante, garbato. Non conoscevamo quale fosse il vero problema di questo bambino, ma decidemmo di occuparcene di persona affrontando le diverse situazioni man mano che si fossero presentate.

La mamma di M. si preoccupò subito di metterci al corrente che al suo bambino era stato diagnosticato dalla specialista terapeuta un deficit di attenzione e iperattività.

Noi prendemmo atto di questo fatto, ma con molta serenità iniziammo il nostro lavoro. Serenità che non era incoscienza o disinformazione, ma fiducia che derivava da altre esperienze felicemente vissute, pur consapevoli dell'incertezza dei risultati perché ogni bambino ha una sua identità.

Un po' alla volta tutti i problemi di M. iniziarono a manifestarsi: difficoltà di mantenere l'attenzione, lavori che restavano incompiuti, difficoltà a trovare un armonioso inserimento nella classe, desiderio di stare con gli amici della classe accanto e poi forme di aggressività di vario genere.

La situazione non era sempre facile. La classe, formata da diciannove alunni, aveva le sue dinamiche e i suoi problemi sia per l'apprendimento sia per le situazioni emotive dei componenti. Per un certo tempo, abbiamo sospettato che i nostri interventi nel correggere gli atteggiamenti di M. cadessero nel vuoto e non lasciassero alcuna traccia sul bambino.

Lentamente, cominciarono ad arrivarci dal bambino alcuni segnali importanti:

era felice di stare con noi, ci diceva che finalmente aveva delle maestre che gli sorridevano, di mattina, in atrio, ci correva incontro e ci abbracciava, iniziava a fare alcuni lavori scolastici da solo e non voleva la nostra presenza accanto a lui come avveniva in un primo tempo.

Un giorno, dopo aver fatto male ad una bambina, sentì il bisogno di chiederle scusa. Tutti i compagni notarono l'accaduto ed espressero a M. la loro gioia nel vedere che aveva provato dispiacere delle sue azioni. Per noi insegnanti fu un momento importante, capimmo che qualcosa stava veramente cambiando; finalmente il nostro agire con molta pazienza, e anche con fermezza, mettendo sempre una

forte carica affettiva nei nostri interventi, che valorizzavano ogni piccolo atto positivo che emergeva da M., aveva portato il bambino a riflettere sui suoi comportamenti, facendogli provare la soddisfazione di essere positivo e di sentirsi inserito ed accettato dal gruppo.

Da quel momento tutto fu più facile. Per agevolare il bambino in questo processo evolutivo, pensammo di far costruire ai bambini un castello. Un'attività manuale avrebbe messo M. allo stesso livello degli altri e gli avrebbe consentito di mettere in evidenza le sue doti di precisione nel lavoro pratico, di essere apprezzato dai compagni e creare con loro legami più forti di amicizia.

A Natale avevamo notato l'abilità con cui aveva costruito un bassorilievo di un albero formato da tante piccole palline di carta poste una accanto all'altra: lavoro eseguito con precisione e lunga pazienza.

Contemporaneamente cominciammo a chiamarlo "stellina" era un nomignolo affettuoso, con cui davamo a M. un messaggio: tu sei importante e ti vogliamo bene.

Il lavoro scolastico di M. era accettabile, ma valorizzavamo al massimo tutto quello che produceva, dandogli "ottimo" quando ci rendevamo conto che si era impegnato al meglio delle sue possibilità; il fatto di valorizzare molto il suo lavoro ha avuto l'effetto positivo che speravamo.

M. diventava di giorno in giorno sempre più attento alle richieste scolastiche, sempre più soddisfatto di sé, bene inserito nella classe, con scambi sempre più allargati nel gruppo classe.

Altre attività hanno aiutato il bambino a costruire un'immagine positiva di sé: la partecipazione a una recita in lingua italiana e francese, suonare il flauto con i compagni delle classi parallele, partecipare a partite di calcio con i compagni nei momenti di ricreazione, essere investito di piccole responsabilità all'interno della classe.

L'ultimo giorno di mensa scolastica M. ha sorpreso tutti positivamente perché, di propria iniziativa, è passato a versare l'acqua nei bicchieri dei compagni, ma lo ha fatto con buona maniera, gentilezza e affetto.

Un'altra attività che ci ha aiutato per far emergere positivamente M. è stata quella della corrispondenza all'interno del gruppo classe; attività vissuta molto bene dai bambini perché li aiuta a far crescere i rapporti di amicizia e li porta ad esprimere positivamente le personali attese dai compagni. In queste letterine i compagni incoraggiavano M. a continuare ad essere positivo perché anche lui sicuramente ce l'avrebbe fatta a diventare migliore.

Questi sono solo alcuni appunti sul lavoro svolto con M., molte altre attività sono state realizzate, ma c'è ancora molto da fare.

Tuttavia ulteriori sviluppi saranno favoriti da conquiste ormai ben avviate: l'autostima, il benessere del bambino nella vita scolastica, nelle relazioni con i compagni e con le insegnanti, la tranquillità della famiglia.

(Le insegnanti di Marco)

Relazione della psicologa

Capita ancora troppo frequentemente che i genitori di un bambino con deficit di attenzione e iperattività siano scoraggiati e abbattuti per le difficoltà che incontrano quotidianamente soprattutto nel rapporto con la scuola.

E' per dare una testimonianza diversa che l'esperienza di Marco mi sembra rappresentativa e utile per qualche riflessione.

La mamma di Marco ha raccontato i primi tre anni di scuola di suo figlio definendoli il "calvario"; personalmente ho condiviso con loro una parte del percorso, lavorando direttamente col bambino utilizzando il training per costruire le abilità di autocontrollo, e con la famiglia per usare le strategie più adatte ad aiutare il piccolo.

E' stato piacevole lavorare con Marco per il suo entusiasmo e per l'impegno che ha sempre dimostrato.

Fin dalla prima seduta, dopo aver sperimentato l'uso delle 5 fasi e raggiunto un risultato soddisfacente attraverso la tecnica di problem solving (descritta nel libro "Impulsività e autocontrollo" - C.Cornoldi, M. Gardinale, A. Masi, L. Pettenò - Ed. Erickson) , Marco ha insistito caparbiamente per far conoscere anche ai compagni la tecnica che lui riteneva così utile. Purtroppo però questo suo entusiasmo è stato spesso smorzato... A scuola venivano rilevati soprattutto i comportamenti non controllati dei quali la madre riceveva puntuale descrizione ogni giorno dalle insegnanti, tanto da renderle una sofferenza l'andare a riprendere il bambino.

Come ha descritto la mamma, in seguito a questa situazione, abbiamo valutato la necessità di cambiare alcune variabili intorno a Marco con l'inizio del quarto anno scolastico. Da parte mia, avevo dato disponibilità per incontrarmi con le nuove insegnanti se lo avessero ritenuto opportuno.

Durante l'anno scolastico, ho visto per tre volte il bambino per monitorare il suo andamento e ogni volta mi riferiva contento quanto si trovasse bene nella nuova classe, quanto i compagni fossero calmi e come le insegnanti gli dessero "fiumi di bravo e di bene".

La mamma cercava di avere feedback sul comportamento di Marco quando incrociava le insegnanti: ogni volta riceveva delle rassicurazioni. Sono stati necessari molti mesi di rassicurazioni per cancellare dalla sua memoria i vecchi ricordi...

Alla fine dell'anno scolastico, ho sentito la necessità di incontrarmi con le insegnanti che accettando la mia richiesta sono subito state disponibili all'incontro. Inizialmente ho notato un po' di imbarazzo; loro si sono scusate di non essersi messe in contatto con me; io ho spiegato loro che avevo piacere di conoscere come fossero riuscite a fare un lavoro così soddisfacente e dopo questo chiarimento sfociato in un sospiro di sollievo, mi hanno sintetizzato il loro lavoro con il bambino. Mi descrissero come si fossero "comportate normalmente", sapendo che con i bambini bisogna avere pazienza, saperli accettare, sperando e sapendo che ad un certo punto "i risultati sarebbero arrivati". "Siamo solo insegnanti con una filosofia positiva e con qualche anno di esperienza"....

Il netto miglioramento che Marco ha presentato durante il quarto anno di scuola è dovuto sostanzialmente all'atteggiamento delle insegnanti che lo hanno incoraggiato ad applicare la tecnica che aveva acquisito durante il periodo di trattamento.

Il cambiamento di vita che il bambino e la famiglia iniziavano a vivere era innescato soprattutto dalla fiducia che Marco sentiva riposta in lui, dall'approvazione che riceveva per il suo impegno e dall'attesa che quanto era stato seminato in lui potesse finalmente diventare visibile nei suoi comportamenti.

Nella storia di Marco, il mio intervento e quello dei genitori correva il rischio di essere completamente annullato continuando a sottolineare le difficoltà del bambino, mentre è stato rivalutato e messo in condizione di produrre buoni risultati attraverso la sottolineatura dei punti di forza di Marco.

Quando parliamo ai convegni, non ci stanchiamo di sottolineare l'importanza di lavorare in sintonia tra operatori, genitori e insegnanti: mi auguro che questa esperienza descritta da tre posizioni diverse, possa essere di aiuto a tutti quelli che sono disposti a mettersi in gioco nella sfida di creare condizioni favorevoli di crescita per i bambini con deficit di attenzione .

Marina Gardinale (psicologa/psicoterapeuta di Venezia)

Il Pediatra del bambino con ADHD

Corbo S., Marolla F., Sarno V. Pediatri di famiglia (Associazione Culturale Pediatri – Roma)

Senza dubbio noi pediatri rivestiamo un ruolo che potrebbe essere di primo piano nell'ambito delle complesse problematiche che riguardano il bambino con ADHD. Questo fondamentalmente per varie ragioni: perché conosciamo il bambino e la sua famiglia spesso da molti anni; perché rappresentiamo una figura professionale di riferimento costante per la famiglia, non essendo dei consulenti occasionali; perché abbiamo la possibilità di seguire nel tempo il bambino durante le varie fasi evolutive fino all'adolescenza; infine perché è nostro dovere farci carico non solo delle patologie organiche dei bambini (malattie infettive in primo piano), ma anche dei loro eventuali disturbi cognitivi, emozionali e comportamentali. D'altra parte, essendo nota la carenza della formazione universitaria in quest'ambito, nasce l'esigenza di trovare, al pari di altre figure professionali, le motivazioni adeguate per scoprire e conoscere l'esistenza di questi disturbi, per poi indirizzarci ad adottare quelle metodologie utili ad intraprendere i percorsi diagnostici e terapeutici più idonei, insieme al fare nostro quel bisogno nuovo e pressante rappresentato dalla necessità di migliorare la nostra formazione psicologica.

Da dove partire e come orientarci nel caso ci trovassimo davanti ad una famiglia con un bambino iperattivo?

Poiché il sospetto diagnostico della sindrome ADHD deriva dalla raccolta di una accurata anamnesi, riteniamo metodologicamente basilare che il pediatra impari a:

- saper ascoltare, che significa essenzialmente dedicare più tempo alla visita;
- porre domande aperte, che permettano al genitore di raccontare episodi che descrivano il comportamento del proprio figlio a casa e a scuola;
- astenersi dal formulare giudizi morali e stringere alleanze, così come evitare la ricerca del colpevole (es. il padre incolpa la moglie, la moglie incolpa la nonna e insieme incolpano l'insegnante).

L'Accademia Americana di Pediatria (AAP - *Pediatrics* 2000) suggerisce le seguenti brevi domande, mirate a svelare problemi comportamentali; queste potrebbero essere poste dai pediatri a tutti i genitori di bambini in età scolare:

1. Come va a scuola suo figlio? L'insegnante le ha detto che ha qualche problema? E' disattento?
2. Suo figlio è un bambino che ha problemi di comportamento a scuola, o a casa o quando gioca con i suoi amici? E' irrequieto?
3. Suo figlio ha difficoltà a svolgere i compiti assegnatigli in classe o a casa?

Riteniamo utile ampliare le domande cercando di indagare anche altri ambiti che riguardano l'ambiente del bambino (sport, amici, tempo libero, familiari, catechismo, ecc.), così come provare a coinvolgere il bambino stesso. Non dimentichiamoci, infatti, che, anche se sta giocando nel nostro ambulatorio e

sembra distratto, è colui che subisce gli effetti negativi della sindrome, vivendo una situazione di forte disagio, in cui l'immagine che si va formando di sé stesso è condizionata dal giudizio dagli adulti. A seguito di questa fase di dialogo con i genitori, qualora il sospetto di ADHD sia divenuto più fondato, è necessario seguire l'iter diagnostico secondo il DSM-IV.

Nel caso di un'ulteriore conferma dell'iniziale sospetto diagnostico, il pediatra finalizzerà il colloquio a fornire le corrette informazioni sulla sindrome (riassumibili in: è un bambino "speciale", non è colpa dei genitori, nel tempo potrà migliorare sia spontaneamente, sia grazie ad alcuni interventi tra cui dei cambiamenti dell'ambiente in cui vive), modulandole alla sensibilità e al livello culturale dei genitori, e dovrà essere in grado di:

1. inviare i bambini che presentano un forte disagio e un disadattamento sociale evidente e la loro famiglia ad un Centro di Neuropsichiatri Infantile. Come ben sappiamo ciò a volte non è agevole. L'invio allo specialista dovrebbe contenere informazioni chiare, riguardo il perché consigliamo quel tipo d'intervento e di quale intervento si tratta. I genitori non devono vivere l'invio come il tentativo del pediatra di "scaricare" il problema, ma come la necessità di completare l'ipotesi diagnostica. Inoltre l'invio sarà facilitato se il pediatra conosce gli specialisti a cui si riferisce e se redige per loro una lettera che contenga le sue osservazioni; avere una relazione del proprio pediatra può motivare ulteriormente la famiglia a recarsi dallo specialista.
2. indagare quegli aspetti che l'epidemiologia associa all'iperattività del bambino (storia di danno cerebrale perinatale, disturbi respiratori durante le ore notturne, fattori genetici, la sindrome dell'X-fragile);
3. valutare insieme ai genitori le concrete possibilità di cambiamento in casa, a scuola, con gli amici, fornendo esempi e materiale;
4. rendersi disponibile a seguire l'andamento del disturbo nel tempo, soprattutto se viene intrapreso un iter terapeutico personalizzato, eventualmente a fianco degli insegnanti e delle altre figure professionali coinvolte.

In conclusione, sappiamo che il bambino con ADHD è ad alto rischio di insuccessi scolastici e sociali, ma anche che il suo trattamento richiede un notevole impegno da parte di tutti gli operatori del settore, compresi noi pediatri; tuttavia i risultati di un recente studio sulle conoscenze e sull'approccio terapeutico dell'ADHD da parte dei pediatri stessi ha rilevato una disomogenea percezione e definizione del problema (Marchini L. et al. Occhio Clinico in Pediatria 2000). Di conseguenza è necessario che avvenga una crescita culturale in tal senso da parte di noi pediatri, poiché dobbiamo essere coscienti che è nostro dovere occuparci del bambino nella sua globalità, così come apprezzare la

gratificazione derivante dalla soddisfazione di aiutare una famiglia ad affrontare quei problemi che impediscono lo sviluppo armonico del bambino, giungendo a risultati favorevoli. Conoscere l'ADHD è sicuramente un ulteriore passo per migliorare la nostra pratica professionale e per tendere ad essere un pediatra qualitativamente completo.

La reintroduzione del Metilfenidato in Italia:

Alessandro Zuddas

(Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Cagliari)

Negli ultimi mesi sono giunti alla redazione dell'AIDAI newsletter ed al nostro Centro, numerose richieste di informazione sullo stato delle procedure per la ri-commercializzazione in Italia del metilfenidato. La comparsa sulla stampa di informazione di numerosi articoli, spesso contraddittori, sull'argomento suggerisce l'opportunità di alcune precisazioni preliminari.

1. Il metilfenidato costituisce a tuttoggi la terapia più efficace per il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD); ciò è dimostrato da centinaia di studi clinici ed affermato da linee guida approvate dalle principali istituzioni scientifiche e professionali nordamericane ed europee. Ciò non implica che tutti i bambini con ADHD necessitino della terapia farmacologica: in molti casi la ridefinizione delle strategie educative associata ad interventi psicoeducativi specifici, che coinvolgano il bambino, i suoi familiari e gli operatori scolastici permettono di correggere, anche in maniera completa la compromissione del "funzionamento globale" del bambino con ADHD. L'efficacia e la possibile comparsa di effetti indesiderati quali, tics, perdita d'appetito, insonnia, disforia (modificazioni rapide ed immotivate del tono dell'umore), tossicità cognitiva (il bambino "si fissa", è meno partecipe ed "impara di meno"), devono essere attentamente monitorizzati: dosi e modalità di somministrazione del farmaco devono essere attentamente definiti per il singolo bambino/adolescente. Occorre inoltre sempre considerare la possibilità di uso incongruo del metilfenidato da parte dei pazienti (adolescenti) o dei loro familiari.
2. L'Italia è l'unico paese Europeo in cui il metilfenidato non sia in commercio.
3. Il metilfenidato, liberamente in commercio in Italia fino agli anni ottanta, è tuttora inserito nella Farmacopea Ufficiale Italiana. Allo stato attuale qualsiasi medico può prescriberlo, anche se

nessun paziente può ottenerlo con la sola ricetta delle Farmacie Italiane: non essendo in commercio, il Farmacista dovrebbe infatti importarlo dall'estero.

4. In Italia, come nel resto del mondo, il metilfenidato è una sostanza “controllata”, inserita, in Italia, nella cosiddetta tabella 1. In pratica la produzione o l'importazione del metilfenidato e degli altri psicostimolanti deve essere autorizzata dal Ministero della Salute, che ne determina, per ogni singola autorizzazione, anche le quantità da produrre/importare. Ne deriva che per ogni singola importazione deve essere richiesta una nuova autorizzazione e che l'importazione dall'estero non autorizzata, anche per uso personale, sia illegale. D'altra parte, poiché il metilfenidato è ormai fuori brevetto, qualunque industria farmaceutica può chiedere al Ministero l'autorizzazione alla sua produzione e commercializzazione.
5. La procedura di autorizzazione all'importazione sopra descritta viene attualmente seguita dalla Farmacia del Presidio Ospedaliero presso cui il nostro Centro opera ed è in corso di definizione da parte dei Servizi di Farmacia di altre Istituzioni Sanitarie pubbliche italiane. La Farmacia Ospedaliera può distribuire farmaci per i soli pazienti ricoverati (in degenza ordinaria od in Day Hospital). Per similitudine con quanto viene fatto per altri farmaci inseriti nella tabella 1, la Farmacia del nostro Presidio Ospedaliero, dietro richiesta del medico che segue il bambino in Ospedale e dopo autorizzazione della Direzione Sanitaria, consegna ai genitori del paziente, il numero di compresse di metilfenidato necessario per la terapia per un massimo di otto giorni.
6. Tale normativa rende complessa l'acquisizione del farmaco da parte delle farmacie e la sua dispensazione (consegna del farmaco ai pazienti od ai loro genitori). D'altra parte, la semplice reintroduzione in commercio del metilfenidato potrebbe rendere possibile, almeno in un primo momento, un uso incongruo del farmaco. Alcuni anni fa uno studio coordinato da Peter Jensens per conto del *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli Stati Uniti ha mostrato come “*nel mondo reale*” (quattro scuole elementari localizzate in quattro diversi Stati ed in realtà socioculturali differenti), l'utilizzo degli psicostimolanti è spesso incongruo: nel campione studiato, gli psicostimolanti non venivano prescritti a bambini che avrebbero potuto trarne giovamento, ma il numero dei bambini senza diagnosi o con diagnosi diverse dal Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) cui veniva somministrato risultava equivalente a quello dei bambini cui veniva prescritto correttamente (Jensen et al. JAACAP, 1999).

A seguito della richiesta di associazioni di pediatri e di genitori di bambini con ADHD, nell'ultimo anno la Commissione Unica del Farmaco ha affrontato ripetutamente il problema della reintroduzione del metilfenidato in Italia. Dopo aver espresso in linea generale parere favorevole, ha dato mandato all'Ufficio di Farmacovigilanza di predisporre, in accordo con le regioni e con le Società Scientifiche interessate, un Piano fruibile per la dispensazione controllata del farmaco. Una delle proposte allo studio è quella di individuare, almeno in una fase iniziale, uno o più centri per regione che sulla base di linee-guida condivise (in corso di definizione) mettano a punto un protocollo per la diagnosi, la prima prescrizione ed il *follow-up* della terapia farmacologica. Tale proposta prevede che i pediatri di famiglia, i neuropsichiatri infantili e gli altri operatori territoriali siano direttamente coinvolti nella gestione clinica quotidiana dei bambini con questo disturbo e delle terapie in atto. Attualmente un simile modello di intervento viene utilizzato per la gestione clinica delle terapie per disturbi quali la Malattia di Alzheimer.

È verosimile che la definizione di un tale piano dispensazione e farmaco-vigilanza richieda ancora qualche mese. È auspicabile che nel frattempo il dibattito pubblico sul disturbo e sulle modalità terapeutiche consideri benefici e possibili rischi dei diversi approcci clinici e terapeutici utilizzando i criteri della medicina basata sulle evidenze, senza cercare di imporre, con toni da guerra di religione, la liberalizzazione totale ed immediata od il divieto preconcepito alla ri-commercializzazione .

Assemblea dei soci

Roma, 29 Settembre 2001

In data odierna, alle ore 18,30 si è riunita l'assemblea dei soci.

- Il presidente, Gian Marco marzocchi, propone di aumentare la quota associativa a £ 50.000 (€ 25) ed di istituire una quota di socio "sostenitore" di £ 100.000 (€ 50). L'assemblea approva all'unanimità questa prima proposta.
- Viene poi presentato il nuovo sito internet dell'Associazione, www.aidai.org. Il sito è stato creato su iniziativa di Carlo Gallucci, in onore del fratello, il Dott. Franco Gallucci. Il sito si propone di essere uno strumento di informazione e di collegamento tra l'AIDAI e i soci, dove verranno presentate tutte le iniziative dell'associazione.
- Viene proposto di spostare nel Sud dell'Italia il prossimo Convegno Annuale e di organizzare una giornata di studi, aperta a tutti coloro che vogliono presentare le loro ricerche sul DDAI.

- Da un socio, pediatra, viene proposto di mantenere anche nei prossimi Convegni, una sezione per pediatri.
- Il prof. Cornoldi rileva la necessita di fare al più presto un censimento di tutti gli operatori che si possono occupare di DDAI sul territorio nazionale. Si potrebbe, con l'aiuto dell'Ordine degli Psicologi e di quello degli Psicoterapeuti, inviare ad ogni professionista un questionario che informi del tipo di lavoro che svolge e per quale utenza.

Tutte le proposte vengono approvate all'unanimità.

Il presidente, Dott. Marzocchi, scioglie l'assemblea.

Convegni

L'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione / Iperattività (AIDAI-Onlus) promuove una giornata di aggiornamento scientifico sul D.D.A.I. (ADHD), in collaborazione con le cattedre di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia dell'Apprendimento e della Memoria dell'Università di Padova

"Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: la ricerca in Italia"

Venerdì 3 Maggio 2002

Aula Magna – Dipartimento di Pediatria

Via Giustiniani, 3

35128 Padova

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.30 Introduzione ai lavori

Cesare Cornoldi & Antonio Condini
Università di Padova

Neuropsicobiologia

9.45 ADHD: un sistema mesocorticolimbico iperfunzionante?

Adolfo Sadile & Davide Viggiano
II[^] Università di Napoli

10.15 Processi automatici e controllati nei DDAI

Rosa Angela Fabio

Università Cattolica di Milano

10.45 – 11.15 Coffe break

11.15 ADHD 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

Sissa di Trieste & IRCCS E.Medea di Bosisio Parini (LC)

11.45 ADHD 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

IRCCS E.Medea di Bosisio Parini (LC) & Sissa di Trieste

Strumenti diagnostici

12.15 Epidemiologia dell'ADHD: riscontri recenti e revisione critica

Guido De Renoche

Università di Padova

13.00 – 14.30 Pausa pranzo

14.30 Caratterizzazione fenotipica di bambini con ADHD: validazione di un protocollo diagnostico

A. Zuddas, B. Ancilletta, P. Cavolina, C. Medda

Università di Cagliari

15.00 Il Disturbo da deficit di attenzione/iperattività ed il problema della comorbidità

Claudio Vio & D. Maschietto

ASL di San Donà di Piave (VE)

15.30 Il problema della diagnosi differenziale

Gabriele Masi

Università di Pisa & IRCCS Stella Maris di Calambrone (PI)

16.00 – 16.30 Break

Terapie

16.30 Studio sulla valutazione dell'efficacia del L-Acetilcarnitina su bambini affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività

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

Università Cattolica di Roma

17.00 Applicazione sperimentale di un training comportamentale per insegnanti

Mario Di Pietro

ASL di Monselice (PD)

17.30 – 18.30 Discussione finale

È previsto un coffee-break in mattinata offerto dall'AIDAI-Onlus.

Quota di partecipazione €45 e €30 per i soci AIDAI (l'iscrizione annuale all'AIDAI è di €25 e può essere effettuata in sede di convegno).

Per prenotazioni e informazioni:

telefono e fax: 0532388175

e-mail: aidai@tin.it

Le pre-iscrizioni possono essere inviate a:

AIDAI-Onlus

Via Bolognesi, 35

44034 Copparo (FE)

Verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

Per raggiungere la sede del convegno: in auto, seguire le indicazioni per l'Ospedale; dalla stazione FS chiedere degli autobus diretti all'Ospedale.

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.
- 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 deficit 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 prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- 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

Cornoldi C., Gardinale M., Pectenò 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 e 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. & Scheweizer C. (1999). *Bambini iperattivi*. Como: RED

Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.

Vio C., Marzocchi G.M. & Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.