

C.N.I.S.

AIDAI



Supplemento al n. 2 agosto 2003 del CNIS - Anno 18 - Semestrale - Autorizzazione Tribunale di Bergamo N°0 del 7- 4 - 1986 Sped. in A.P.,C o m ma 20/b, Legge 662/96, Filiale di Bergamo - Edizioni Junior - Vide dell'Industria - 24052 Azzano San Paolo (BG) - Direttore Responsabile: Ferruccio Pizzoni.

## Editoriale

In questo ultimo numero della quinta annata dell'AIDAI-Newsletter presentiamo una serie di documenti che rispecchiano lo stato dell'informazione in Italia sul DDAI.

Innanzitutto riportiamo integralmente il resoconto della conferenza di consenso nazionale approvato a Cagliari lo scorso 7 marzo. Si tratta di un documento redatto grazie alla volontà e allo sforzo del Prof. Zuddas che è riuscito a ottenere l'adesione dei maggiori rappresentanti italiani di società scientifiche, università e associazioni coinvolte nelle problematiche del DDAI. Ne è emerso un buon documento che tiene conto delle probabili terapie farmacologiche pur sottolineando l'importanza di un intervento integrato che coinvolga, oltre al bambino, genitori e insegnanti.

Di seguito riportiamo il riscontro personale di Massimo Omerini, rappresentante del comitato genitori dell'AIDAI a Cagliari.

Silvia Juliani, del comitato genitori della Toscana, ci propone la traduzione di un articolo tedesco particolarmente utile per gli insegnanti, i quali possono trovare numerose indicazioni sulla gestione comportamentale in classe dei bambini iperattivi.

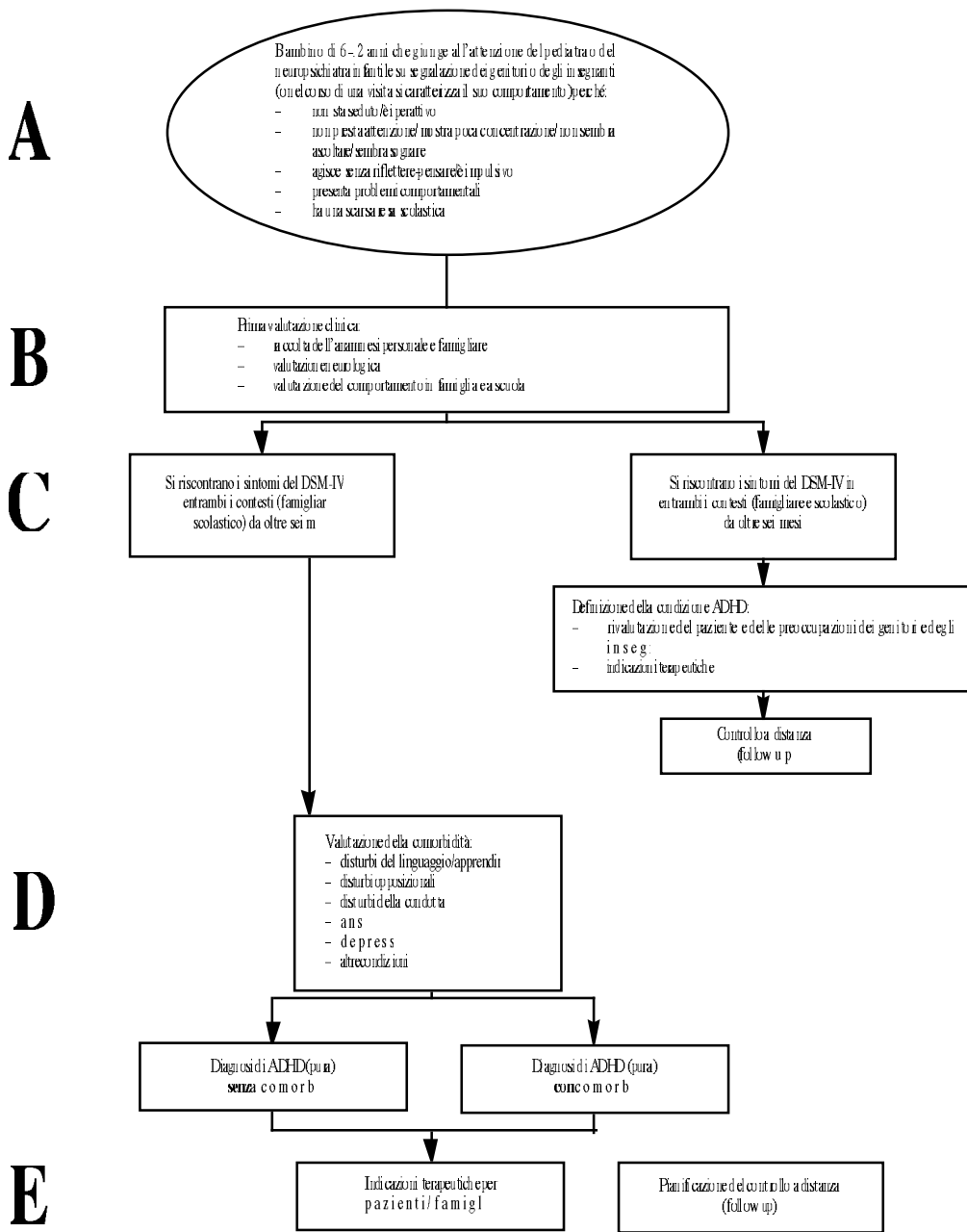
Infine riportiamo il verbale della riunione che si è svolta a Ferrara il 17 maggio scorso durante la quale è stata riconsiderata l'identità dell'AIDAI, i suoi scopi e i mezzi per raggiungerli. particolare, ci siamo soffermati sulla necessità di continuare in modo più approfondito e sistematico il processo di formazione di tecnici, insegnanti e genitori. Dopo le recenti vicende media - che sul DDAI abbiamo concordato l'opportunità di privilegiare un rapporto diretto con gli interessati (genitori, insegnanti e professionisti) piuttosto che affidare ad altri mezzi di comunicazione il progetto di informare sui problemi relativi al DDAI

Conferenza Nazionale di Consenso

## Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo e iperattività

Cagliari, 6-7 Marzo 2003

1. Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una patologia neuropsichiatrica a esordio in età evolutiva caratterizzata da inattenzione impulsività e iperattività motoria. Sebbene in Italia, a tutt'oggi, non siano stati condotti studi epidemiologici che consentano di stimare con precisione e accuratezza la prevalenza del disturbo a livello nazionale, in altre nazioni (in particolare USA) la prevalenza dell'ADHD è stimata tra il 3-5 % della popolazione in età scolare; mentre, la prevalenza delle forme particolarmente gravi (*Disturbo Ipercinetico* della classificazione ICD-10 dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. Tuttavia, ampio è l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del *setting* osservato.
2. Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, coinvolge e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, potendo predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali e l'espressione sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare
3. La diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM-IV per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. A tal fine è particolarmente utile l'uso di strumenti quali questionari (es. *Scale Conners* e *ADHD-RCOD*) e interviste diagnostiche (es. *Kiddie-SAD PICS*) opportunamente standardizzati e validati, possibilmente su campioni italiani. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino.
4. Circa i due terzi dei bambini con ADHD presentano sintomi di altri disturbi o associati a situazioni sociali e ambientali disagiate; è quindi auspicabile una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga a un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso (es. l'algoritmo dell'allegato 1). L'ADHD deve essere considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare. Scopo principale degli interventi terapeutici



Griglia/algoritmo per la diagnosi e la valutazione dell'ADHD

tici svolti dagli operatori dell'età evolutiva deve essere quello di migliorare il benessere globale (la salute) del bambino. In particolare gli interventi terapeutici devono tendere a: migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare le capacità di apprendimento scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.

5. Sebbene la più ampia gamma di possibili interventi sia auspicabile, la mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi giustifica l'inizio della terapia farmacologica, quando appropriata. I genitori devono essere informati, in modo comprensibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie.
6. Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale.

Gli interventi psicologici includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Il lavoro con i genitori (*Parent Training*) ha lo scopo di favorire la comprensione dei comportamenti del bambino, fornire strategie per la loro gestione e modificazione, migliorare la qualità delle interazioni all'interno della famiglia e con il contesto sociale. Il lavoro con gli insegnanti ha lo scopo di favorire un'adeguata integrazione scolastica del bambino, di ristrutturare la percezione del contesto scolastico nei suoi confronti e di consentire strategie educative più adeguate. L'intervento psicologico con il bambino prevede interventi di modulazione cognitiva al fine di favorire la riflessione sui propri processi di pensiero e quindi una maggiore riflessività e l'uso di piani d'azione. Ad esso può associarsi un intervento psicoterapico di sostegno, in particolare nei soggetti con manifestazioni depressive e/o ansiose, interventi volti a favorire i processi di socializzazione in gruppi di coetanei e interventi riabilitativi più specifici per le abilità scolastiche. Tali interventi non-farmacologici sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o

#### **Sistema Nervoso Centrale e Periferico**

Insonnia, ansia, disforia, diminuzione dell'appetito, tic, allucinazioni, psicosi a contenuto persecutorio, aumento dell'iperattività

#### **Tratto Gastrointestinale**

Dolore addominale, nausea, vomito, secchezza delle fauci

#### **Sistema Cardiovascolare**

Tachicardia, palpitazioni, aritmie, ipertensione, angina pectoris

#### **Cute e/o ipersensibilità**

Rash, prurito, orticaria, febbre, artralgia, alopecia.

*Effetti indesiderati (alcuni rari) associati al trattamento con metilfenidato*

con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto all'intervento farmacologico. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.

7. L'intervento farmacologico va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, presentandolo come un ausilio agli sforzi intrapresi e non come la soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali.
8. Gli psicostimolanti (e il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD (compromissione del funzionamento globale misurata, ad esempio, da un punteggio alla C-GAS uguale o inferiore a 40). Il metilfenidato risulta essere efficace in circa due terzi dei soggetti trattati. Sono attualmente utilizzati anche altri farmaci (es. antidepressivi triciclici ad azione noradrenergica, agonisti alfa-adrenergici) sebbene, in base alle prove di evidenza disponibili, il loro uso dovrebbe essere di seconda scelta.
9. Il metilfenidato deve essere utilizzato con prudenza nei bambini con ADHD che presentano sintomi o storia familiare di disturbo bipolare, tics o sindrome di Gilles de la Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, cardiopatie, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela anche nei bambini con epilessia o con altre patologie internistiche segnalate dal pediatra curante. La partecipazione del pediatra di base è anche necessaria per il monitoraggio degli effetti indesiderati e delle reazioni avverse (allegato 2).
10. La terapia con metilfenidato deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e

sentiti gli altri operatori sanitari e sociali (psicologo, pediatra di famiglia, assistente sociale ecc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia. Appare opportuno che la prima prescrizione avvenga in Centri di Riferimento indicati dalle regioni (almeno uno per regione) operanti presso strutture accreditate di Neuropsichiatria Infantile. Tutto il percorso diagnostico e terapeutico per i bambini e adolescenti con ADHD dovrebbe far riferimento a tali Centri, che dovranno prevedere in organico o in convenzione le figure professionali del pediatra, dello psicologo, del pedagogo e dell'assistente sociale.

11. I bambini in terapia con metilfenidato devono essere monitorati regolarmente. Appare opportuno, per ogni bambino, la definizione di un piano terapeutico personalizzato che preveda controllo clinico da parte del neuropsichiatra infantile del Centro di Riferimento dopo il primo e il secondo mese di terapia per la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità. Qualora venga deciso di mantenere la terapia farmacologica, saranno programmati controlli clinici dopo quattro mesi e successivamente almeno ogni sei mesi. Il piano terapeutico dovrà riportare la durata prevista del trattamento (massimo sei mesi, rinnovabili). La valutazione nei periodi intermedî potrà essere effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali in collaborazione con il pediatra di famiglia, lo psicologo e l'assistente sociale. Si suggerisce che in tali periodi intermedî, il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o il pediatra possano effettuare la prescrizione del farmaco, attenendosi a quanto previsto dal piano terapeutico del Centro di Riferimento che dovrà accompagnare (in copia) la ricetta. Appare opportuno sospendere, almeno una volta all'anno (es. nelle vacanze estive), il trattamento farmacologico per verificarne la reale necessità.
12. Ogni bambino con diagnosi di ADHD dovrebbe essere seguito con visite periodiche per almeno due anni, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso. Dovranno esse-

re attentamente monitorate l'intensità dei sintomi, la compromissione del funzionamento globale, l'eventuale comorbidità e/o comparsa di complicanze, l'efficacia e tollerabilità degli interventi terapeutici.

**13.** È auspicabile che l'intero percorso diagnostico-terapeutico e di monitoraggio degli esiti sia parte di un dettagliato e specifico piano nazionale, ad articolazione regionale, volto alla valutazione di una comune e appropriata assistenza al bambino con ADHD e alla sua famiglia. In tale contesto, per una più appropriata pianificazione dei futuri interventi, sarebbe opportuno attivare iniziative quali:

- a. un *Censimento dei Centri di Riferimento* esistenti e dei casi seguiti, quale attività della SINPIA e delle Associazioni dei Genitori;
- b. un *Studio epidemiologico formale* che definisca la prevalenza e incidenza nazionali dell'ADHD e delle variabili a questa associate, oltre ai diversi approcci diagnostici e terapeutici;
- c. un *Registro nazionale dei casi di ADHD* associati alle prescrizioni di metilfenidato, quando sarà nuovamente messo in commercio.

**14.** Le indicazioni del presente documento possono essere così riassunte:

- a. la diagnosi di ADHD, e degli altri disturbi con sintomi simili, deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve coinvolgere, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;
- b. il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e

sociali del bambino e della sua famiglia. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino;

- c. occorre predisporre un piano nazionale (con un'articolazione a livello regionale) specifico riguardo a questa patologia, per una diagnosi che valuti in modo accurato il disturbo e per fornire un'assistenza adeguata al bambino malato e alla sua famiglia.

*Hanno partecipato ai lavori conferenza e alla stesura del presente documento finale:*

Dante Besana, Maurizio Bonati, Carlo Calzone, Bernardo Carpinello, Carlo Gianchetti, Cesare Cornoldi, Paolo Curatolo, Franco Dessi, Raffaele D'Errico, Filippo Drago, Walter Fratta, Silvio Garattini, GianLuigi Gessa, GianMarco Marzocchi, Gabriele Masi, Pierluigi Morosini, Massimo Omerini, Paolo Pancheri, Carlo Pintor, Alessandro Zuddas.

*Il presente documento è stato approvato dalle seguenti Società Scientifiche e Associazioni:*

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA);  
Società Italiana di Pediatria (SIP);  
Società Italiana di Psichiatria (SIP);  
Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI);  
Società Italiana di Farmacologia (SIF);  
Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF);  
Associazione Italiana Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA);  
Associazione Culturale Pediatri (ACP);  
Centro Salute del Bambino (CSB);  
Federazione Italiana Medici Pediatri;  
Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività (AIDAI);  
Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA);  
Giunta del Collegio Nazionale Professori Ordinari di Neuropsichiatria Infantile.

Conferenza nazionale di consenso sul problema ADHD in Italia

## Valutazioni e proposte dell'AIDAI

Cagliari Marzo 2003

Dr. Massimo Omerini – Medico di Medicina Generale – Vicenza  
Comitato Scientifico e Comitato Genitori – AIDAI Italia

A parlare di DDAI (o di ADHD secondo l'acronimo anglosassone che definisce il medesimo disturbo da deficit d'attenzione e ipercinesia) in Italia di questi tempi si corre in rischio di schierarsi con una delle due correnti di pensiero che si sono via via venute a creare, in vista della possibile/probabile reimmersione in commercio dei farmaci psico-stimolanti.

Da una parte numerosi operatori del settore della psico-patologia infantile affiancati da medici di famiglia, pediatri, giornalisti (pochi!!) e innumerevoli genitori con figli afflitti da problemi DDAI-correlati, i quali auspicano al più presto il rientro nella farmacoepia italiana dei farmaci psico-stimolanti (tolti da essa infatti oltre 20 anni fa). Dall'altra invece rappresentanti dei media, operatori sanitari nel campo dell'età evolutiva e una parte dell'opinione pubblica, contrari invece a che ciò avvenga.

L'AIDAI – ONLUS, cioè l'associazione italiana per lo studio dei disturbi di attenzione/iperattività, che oggi qui rappresento, è una organizzazione no profit sorta nel 1996 a opera di alcuni ricercatori del gruppo del prof. Cornoldi dell'Università di Padova (Dott. Marzocchi, Dott. Tressoldi, Dott.ssa Lucangeli) e di due Neuropsichiatri Infantili dell'ASL veneziana di San Donà di Piave (Dott. Vio e Dott. Maschietto). Conta a tutt'oggi circa 550 soci e riunisce numerose persone coinvolte nel problema DDAI in Italia, psicologi, medici, clinici specialisti, docenti universitari, insegnanti, genitori di bambini o adolescenti con ADHD. Persegue come da statuto, i seguenti obiettivi:

1) promuovere contatti tra famiglie, scuole e

centri specializzati nella diagnosi e cura del disturbo;

- 2) dar vita a studi e ricerche cliniche sulla psico-patologia ADHD correlata;
- 3) istituire e mantenere contatti e collaborazione con analoghe organizzazioni no profit europee interessate al problema;
- 4) attivare corsi di formazione sul problema per insegnanti, genitori ed operatori socio-sanitari;
- 5) organizzare congressi in collaborazione con enti pubblici e privati inerenti i vari aspetti del DDAI in Italia.

Finora l'AIDAI, nei suoi 5 anni di vita, ha realizzato le seguenti attività, contando quasi esclusivamente sulle entrate economiche derivanti dal tesseramento annuale:

- 1) redazione e spedizione a tutti i soci d'un proprio bollettino quadrimestrale, l'*AIDAI-Newsletter*;
- 2) realizzazione di un censimento (in fase di completamento) di tutti i centri clinici e gli operatori, pubblici e privati, operanti e competenti in Italia sui problemi DDAI correlati;
- 3) creazione d'un sito web ([www.aidai.it](http://www.aidai.it)) e di un forum in Internet dove chiunque possa trovare notizie aggiornate, opinioni, testimonianze sul problema ADHD in Italia;
- 4) attivazione di interventi clinici su singoli casi o famiglie con figli con ADHD;
- 5) realizzazione di numerosi convegni e giornate di studio sul problema, l'ultimo dei quali ha avuto luogo lo scorso gennaio a Ostuni, riguardo la complessità della diagnosi di DDAI.

- 6) creazione di percorsi formativi per genitori, singoli o in gruppo, e insegnanti interessati al problema;
- 7) attivazione da circa un anno dei Centri Regionali di riferimento diffusi un po' in tutta Italia;
- 8) partecipazione con propri delegati a incontri europei (Copenaghen nel 2001, Londra e Stoccolma nel 2002, Barcellona 2003) organizzati dalla Commissione Sociale della UE con specifici fondi e volti a combattere l'esclusione sociale in Europa degli adolescenti e degli adulti con ADHD.

La nostra associazione è infine costituita in tre Comitati :

- 1) il *comitato scientifico* composto da psicologi, medici, psicopedagogisti, educatori professionali e operatori sanitari nel campo della psico-patologia dell'età evolutiva;
- 2) il *comitato scuola* formato da dirigenti, insegnanti e operatori del mondo della scuola;
- 3) il *comitato famiglie* composto da genitori di bambini con DDAI e adulti affetti da DDAI.

L' AIDAI non ha mai in verità preso posizione sulla scottante questione della reintroduzione dei farmaci psicostimolanti in Italia, poiché considera il problema mal presentato, così come viene attualmente esposto alla pubblica opinione.

Se anche infatti il Metilfenidato rientrasse legalmente in Italia – cosa che quasi certamente prima o poi accadrà, se non altro per ottemperare al principio del Mutuo-Riconoscimento-Farmacologico vigente nella UE – ciò gioverebbe solo in parte a quella larga parte del mondo della scuola, della sanità ospedaliera e territoriale, della gente comune che ancora non conosce il significato del termine “Disturbo dell' Attenzione”, oppure di Sindrome Ipercinetica del bambino e dell'adulto, oppure di Disturbo del comportamento correlato a DDAI.

In Italia, come del resto in altri stati europei (soprattutto del sud-europa), manca purtroppo ancora una vera cultura e una presa di coscienza sul problema ADHD; e una famiglia con figli affetti da questa malattia continua a sentirsi ancora *sola*

*e non capita*, se non addirittura “perseguitata”, come si viene spesso a riscontrare ascoltando testimonianze di mamme alle prese con insegnanti o medici ancora “ignoranti” e mal preparati. Dette situazioni, al contrario, si verificano sempre meno nel nostro paese nel caso di bambini affetti da malattie più note e studiate, come ad esempio il diabete pediatrico, l'epilessia, la sindrome di Down e altre, dove molto si è già fatto in termini di informazione, assistenza alle famiglie, percorsi socio-assistenziali per le strutture territoriali, formazione agli insegnanti della scuola dell'obbligo ecc. (da una recentissima ricerca in Internet sono emersi in Italia oltre 12 associazioni che a vario modo si occupano dei bambini con Sindrome di Down!). Ciò per ribadire che in Italia siamo quasi all'anno zero per quanto concerne questa patologia, che la dialettica Rita Lin SI-Ritalin NO in altri paesi, come ad es. la Danimarca, il Regno Unito, la Svezia, sono ormai ricordi lontani oltre 15 anni.

Sono reduce da due incontri sul problema ADHD-EUROPE, svoltisi a Copenaghen e a Londra, dove si constatava come appunto il nostro paese sia fanalino di coda (assieme ad alcune regioni della Spagna, alla Grecia e a molti paesi dell'Est) nella diagnosi clinica di ADHD (secondo i criteri del DSM IV), nei percorsi terapeutici e riabilitativi, nel “Parents/Teachers Training” e nella situazione culturale generale verso i problemi ad essa correlati.

Come rappresentante di una associazione schierata in prima linea per combattere questo ritardo assistenziale e culturale, ma anche come genitore e medico, auspico che i nostri figli possano in un futuro breve veder riconosciuto il loro diritto di avere a disposizione trattamenti medici e riabilitativi alla pari dei loro coetanei inglesi o francesi o danesi. Ciò purtroppo non è ancora possibile (e non ci riferiamo solamente alla mancata disponibilità del Metilfenidato in Italia), ma noi soci AIDAI comprendiamo nel contempo come la medicina, nella sua evoluzione, abbia bisogno anche di dialettiche contrastanti, di tempi che non sono i nostri, anche di momenti tribolati e confusi: tutto ciò che stiamo vivendo oggi in Italia sulla que-

stione DDAI-Ritalin ha comunque un grande merito, e cioè che si parli del problema.

L'AIDAI appoggia e sostiene pienamente le *Linee guida* elaborate lo scorso anno dai proff. Zuddas di Cagliari e Masi di Pisa, e le ritiene un primo ma sostanziale passo in avanti verso la creazione d'una appropriata politica socio-assistenziale, nelle nostre scuole e nei nostri ospedali, a sostegno dei bambini affetti da DDAI. In esse emerge con chiarezza come i farmaci psicostimolanti dopaminergici – Metilfenidato in primis – siano una delle opzioni di possibile trattamento che viene offerta al clinico specialista e alle famiglie con figli diagnosticati ADHD (con o senza patologie correlate) e che il vero obiettivo debba sempre rimanere, citando gli autori anglosassoni, il cosiddetto Holistic Treatment. Non solo quindi “impasticcare” bambini (tanto per citare espressioni care ad alcuni giornalisti!), ma affrontare un problema complesso con una rosa ampia di possibili interventi, che gli specialisti potranno usare nei modi e con i tempi più consoni al singolo caso.

Noi soci dell'AIDAI auspichiamo inoltre la creazione di una rete di assistenza ai pazienti e alle loro famiglie nel territorio, che necessiterà di tempo, risorse, molto impegno e sforzi di tutti noi.

Che bello, ad esempio, se in ogni struttura di Neuro-Psichiatria Infantile italiana (pubblica o privata) potesse essere tra non molto aperto un apposito *Ambulatorio DDAI*, dove pediatri, genitori e insegnanti potessero trovare clinici preparati ad affrontare il problema in maniera appropriata e “olistica”...

... questo potrebbe essere un possibile obiettivo nelle proposte di progettazione di percorsi socio-assistenziali, che auspichiamo escano dall'odierno convegno.

Certamente sarebbero necessarie risorse economiche forse adesso difficili da reperire, ma noi riteniamo che i soldi spesi ora per poter operare con efficacia e appropriatezza sull'autonomia e sull'inserimento sociale dei bambini affetti da questo disturbo, saranno, un domani non lontano, una buona parte di quelli risparmiati sui co-

sti sociali che una simile patologia potrà comportare nell'adulto affetto da ADHD. Numerosi studi, oltre che le stesse linee guida Sinpia già citate, affermano infatti quanto un giovane adulto con ADHD non curato (o mal trattato) sia a rischio per comportamenti devianti (tossico-dipendenze, attività malavitose), alta frequenza di incidenti stradali, disturbi del comportamento in ambito lavorativo e familiare e altri.

Ma focalizzando l'attenzione sugli obiettivi e sulle discussioni del presente incontro, l'AIDAI avanza sinteticamente le seguenti proposte:

- 1) favorire la creazione di almeno un Centro di Riferimento Neuro-Psichiatrico Infantile per ciascuna regione italiana per i DDAI e i disturbi ad essi correlati. Da questo passo stimolare la creazione, in almeno ogni ASL, di un ambulatorio NPI con specialisti dedicati al problema (analogamente, ad esempio, per quanto avviene nella maggior parte delle nostre USSL per l'epilessia, l'autismo, le cefalee infantili ecc.);
- 2) permettere a detti medici la prescrizione, se e quando ritenuto appropriata, di farmaci deputati al controllo dei sintomi dei DDAI, cioè psico-stimolanti classici, come il Metilfenidato, oppure quelli di ultima generazione di cui molto si parla negli ultimi tempi, come i NSRI – farmaci bloccanti la ricaptazione della noradrenalina – altamente selettivi, come la Atomoxetina, che svariati studi indicano di efficacia pari agli psicostimolanti ma di minore potenziale abuso e con minori effetti collaterali;
- 3) stabilire che la *prima prescrizione* del farmaco sia di esclusiva pertinenza dei medici specialisti neuropsichiatri dei suddetti centri di riferimento, dopo una precisa valutazione diagnostica;
- 4) regolamentare le successive prescrizioni del farmaco, alle quali far partecipare anche i pediatri di libera scelta (PLS) o i medici di Medicina Generale (MMG), coinvolgendoli pertanto nell'intera gestione del paziente, attraverso l'attivazione del *Piano terapeutico regione*. Occorre qui sottolineare l'importanza che noi attribuiamo ai medici territo-

- riali (PLS e MMG) ai quali sarà demandato in un secondo tempo non solo identificare i soggetti con sintomi predittivi o suggestivi di ADHD e inviarli ai centri specializzati, ma anche mantenere con gli specialisti un rapporto continuo e intervenire con prontezza al primo apparire di effetti indesiderati, tramite la riduzione o la sospensione stessa del farmaco o con una richiesta urgente di consulenza specialistica. Allo scopo sarà necessario pensare a una opportuna formazione di queste importanti figure di base;
- 5) ammettere i suddetti farmaci alla rimborsabilità da parte del SSN collocandoli *in classe A* con apposita nota CUF, permettendo in tal modo ai medici la prescrizione con ricettario regionale SSN;
  - 6) favorire un attento monitoraggio di eventuali reazioni avverse o effetti indesiderati tramite opere di sensibilizzazione – sempre da parte di clinici specialisti – rivolte alle famiglie e agli insegnanti;
  - 7) stabilire un piano di Follow-Up clinico tramite visite programmate (a tre, sei, dodici

mesi) del soggetto in terapia, in cui valutare con appositi strumenti (scale di valutazione, questionari e altro) la reale efficacia del farmaco, soprattutto per quanto concerne i sintomi disattentivi, di impulsività e il rendimento scolastico;

- 8) creare idonei strumenti cartacei valutativi (come ad es. libretti per i genitori analoghi a quelli pediatrici o quelli vaccinali) in cui lo specialista possa annotare dati riguardanti dosi, intervalli, aggiustamenti posologici, controlli di follow-up e altro ancora, in modo che tutto ciò che concerne il tempo e le modalità di trattamento non vada perso.

Salutiamo infine con molto piacere e soddisfazione la proposta dei fautori di questo incontro di dar luogo, nel nostro paese, finalmente, a studi prospettici ed epidemiologici policentrici, sull'onda della ventilata reintroduzione dei farmaci psicostimolanti, atti a valutare nel lungo termine la reale efficacia, la tollerabilità e la bontà di medicinali su cui tanto si discute ma anche, almeno per la situazione italiana, ancora poco si sa.

## Il bambino con Sindrome da deficit attentivo nella scuola. Cosa possono fare gli insegnanti?

Tratto da E. Aust-Claus & P.M.Hammer, *Das ADS-Buch. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer*, Oberste Brink Verlag, 1999'

Traduzione e adattamento di Silvia Juliani  
Comitato genitori Toscana

Cari insegnanti, forse già dopo alcune settimane di lezione (per alcuni bambini forse anche già dopo pochi giorni o dopo poche ore di lezione) vi sarete accorti che un bambino è particolarmente deconcentrato e presenta anomalie comportamentali. Forse vi capiterà inoltre di registrare problemi di apprendimento e prestazioni assai discontinue.

Certamente prenderete allora contatto con i genitori e parlerete delle anomalie per potervi fare un'idea più precisa e pianificare una collaborazione cooperativa. Tali colloqui non sono talvolta così semplici perché tutti i genitori, com'è naturale, si augurano di avere bambini "ben funzionanti". Alcuni genitori saranno molto sorpresi e vi muoveranno dei rimproveri, altri conoscono la mancanza di attenzione e l'eccentricità anche per come il bambino si comporta a casa e sono preoccupati. Voi come insegnanti vorreste collaborare coi genitori per offrire ai bambini il migliore sostegno possibile.

Sicuramente non tutti gli alunni particolari hanno una Sindrome da Deficit Attentivo (DDAI), ma non esistono di certo insegnanti che nella loro esperienza quotidiana non si siano dovuti confrontare con questo tema. Circa l'8% di tutti gli alunni presenta infatti anomalie tipiche del DDAI, ciò significa in media due alunni per classe. Qual è la percentuale nella vostra classe? Per riuscire a sostenere lo sviluppo dei vostri alunni dovrete conoscere le peculiarità del DDAI. Esistono infatti una quantità di ausili e sostegni tramite i quali potete aiutare i bambini affetti da DDAI e rendere a voi stessi più facile la vita in classe. Talvolta sono solo piccole cose che rendono più agevole lo svolgimento della

lezione, ma che possono avere un grande effetto sull'apprendimento e sullo sviluppo. Un "buon feeling" con l'insegnante, comprensione e sentirsi accettati sono la base per una positiva esperienza di apprendimento. In tal caso il piacere dell'apprendimento è la motivazione a fare per una volta anche cose spiacevoli non costituendo più alcun problema.

### Cosa potete fare nella scuola con un bambino affetto da DDAI

Non avete bisogno di frequentare un corso di psicologia. Dovete soltanto conoscere le anomalie tipiche del DDAI, accettarle e non interpretarle come cattiveria o pigrizia – in tal caso vi risulterà più semplice accogliere nel vostro progetto pedagogico alcuni consigli per affrontare i bambini affetti da DDAI.

Voi, in qualità di importanti esperti del team terapeutico, potete fare molto affinché il bambino affetto da DDAI trovi la propria strada e ottenga il necessario sostegno per poter arrivare al proprio obiettivo senza troppe difficoltà – in rispetto delle sue predisposizioni.

Non tutti i bambini con DDAI presentano ciascuno dei sintomi elencati nella tabella. In particolare i bambini DDAI senza iperattività a prima vista non presentano anomalie.

Raccogliete le vostre impressioni prendete nota delle particolarità nel comportamento e nell'apprendimento. Queste osservazioni sono di particolare importanza per la diagnosi e per la valutazione del bambino. La scuola rappresenta infatti un contesto diverso e un campo di esperienze di-

**POSSIBILI ANOMALIE DI BAMBINI CON DDAI NELLA SCUOLA**  
**Questionario per gli insegnanti**

**Anomalie**

Difficoltà di concentrazione e distrazione	sì	no
Agitazione motoria	sì	no
Atteggiamento sognante	sì	no
Applicazione distratta e superficiale	sì	no
Proliferazione di idee	sì	no
Specifiche difficoltà mnemoniche in particolare nell'immagazzinare informazioni in serie	sì	no
Oscillazioni nel rendimento	sì	no
Affaticamento repentino durante compiti non graditi, altrimenti disinvolto	sì	no
Ritmo rallentato di lavoro per esempio nella scrittura	sì	no
Anomalie grafo-motorie con brutta grafia	sì	no
Instabilità emotiva	sì	no
Azioni di disturbo durante la lezione	sì	no
Distrazione (es. dimentica i compiti)		
Anomalie relazionali	sì	no
Percezione ed elaborazione disturbata con eventuali disturbi settoriali, per esempio dislessia o disgrafia	sì	no

verse rispetto alla casa. Ci sono bambini con DDAI che esulano dalla norma nel contesto del gruppo e che invece quando fanno i compiti insieme a un'altra persona hanno meno problemi.

Tracciate un quadro delle caratteristiche di apprendimento del vostro alunno.

- Come reagisce ai comandi?
- Registra meglio le informazioni per via auditiva o per via visiva?
- Il bambino è in grado di organizzare il proprio lavoro secondo gli standard della sua età?
- Come memorizza?
- Quali sono i suoi punti forti?
- Che cosa gli riesce particolarmente bene?

**Strategie generali**

Ecco qualche consiglio che si è dimostrato valido nel rapporto con bambini DDAI nelle ore scolastiche.

Nessun bambino presenta un comportamento problematico in modo continuo. È sempre possibile trovare aspetti positivi del comportamento e pregi. Scoprite i pregi del bambino DDAI anche se non sempre risultano visibili a prima vista.

Un rafforzamento positivo dei comportamenti auspicabili mediante elogi e attenzione può produrre maggiori risultati della critica e delle punizioni. Elogiate il bambino quando si sforza e rispetta le

regole. Lo farà sempre più spesso accettando meglio i comandi anche se gli sono sgraditi.

Elke doveva scrivere una fila di O. Non c'era una O uguale a un'altra. Avevano tutte angoli e spigoli, ma l'insegnante scopre una O pressochè accettabile e dice: "Guarda Elke, questa O è in questo punto meravigliosamente rotonda. Scrivi per favore altre tre O così belle rotonde come questa. So che ce la puoi fare".

(Nota: Elke adora questa insegnante e nonostante i suoi problemi va volentieri a scuola).

Voi insegnanti lo sapete: si tratta del consolidato principio del rafforzamento positivo rinunciando alla punizione.

Non preoccupatevi che il bambino DDAI in tal modo ottenga uno status particolare e che gli altri bambini possano sentirsi trascurati.

Sulla base del nostro lavoro e in seguito a comuni iniziative di formazione insieme a insegnanti possiamo tranquillizzarvi: questo problema non è mai emerso come difficoltà seria quando è stato affrontato nella classe.

Di regola, un bambino DDAI è noto a tutti per il suo comportamento nella classe o addirittura in tutta la scuola come un "bimbo problematico". Spesso è addirittura un emarginato o assume il ruolo della "pecora nera".

La tematizzazione di questi problemi non rappresenta alcuna ulteriore stigmatizzazione.

Discutete con tutta la classe che nessuno di noi è perfetto, ma che tutti, chi più chi meno, presentano pregi e difetti. Esistono diversi modi di apprendimento e alcuni bambini hanno più bisogno di altri di aiuto. Fate per esempio un sociogramma sugli handicap che gli esseri umani possono avere. Ai vostri alunni verranno in mente sicuramente molte cose, per esempio allergie, difetti della vista, problemi di deambulazione, fino ad arrivare a disturbi dell'apprendimento e della concentrazione.

Le esperienze mostrano che i bambini, parlando e spiegando, mostrano minori pregiudizi di quanto si pensi e sanno essere particolarmente solidali. Forse troverete anche nella vostra classe bambini che rifletteranno insieme a voi su come si possano aiutare bambini con problemi.

Create un contesto libero da paure nel quale anche un bambino DDAI trovi il coraggio di chiedere tre volte la stessa cosa se non l'ha capita o se non l'ha capita in modo adeguato. Una delle strategie più importanti con bambini difficili è renderli "importanti". Date a un bambino DDAI un compito di responsabilità che lui sia in grado di svolgere. Si impegnerà con tutto se stesso. Fate attenzione a scegliere il compito giusto. Due esempi a riguardo:

- a) L'insegnante di Olaf gli ha affidato il compito di tenere la disciplina quando lei è assente dalla classe.  
Con impegno Olaf si dedica a questo compito. Grida: "Silenzio!" a voce talmente alta da far tremare i vetri. Tutti quelli che non fanno il più assoluto silenzio vengono messi in punizione. Olaf si è impegnato con tutto se stesso ma certamente non è quello che si è proposto l'insegnante.
- b) Torsten riceve l'incarico di responsabile della lavagna. Dal campionario di cimose e cenci deve scegliere quelli che secondo lui sono i migliori per cancellare. Nell'armadio c'è un ripiano con la scritta "Materiali per la lavagna di Torsten" e nessuno a parte lui può usare queste cose. Ogni insegnante lo elogia per il lavoro svolto. La lavagna è pulitissima e Torsten fiero.

Fornite ausili per l'organizzazione delle proprie cose, per esempio un quaderno per i compiti a casa come supporto per la memoria. Dategli una struttura. Spiegate nel dettaglio come si deve tenere un quaderno in modo da non saltare pagine, come debba essere scritta la data oppure un titolo. Queste nozioni serviranno al bambino DDAI dalla prima classe fino all'età adulta.

E inoltre: mantenete il vostro senso dell'umore. In una classe dove si può ridere e scherzare si impara meglio. Soprattutto i bambini DDAI amano sentir raccontare aneddoti. Insegnanti, per esempio, che iniziano la lezione con una storia buffa, sono attesi ogni giorno dai bambini con grande entusiasmo. Migliore è l'atmosfera in classe, tanto più facile è per tutti la convivenza.

za con bambini DDAI. Il modo migliore di rapportarsi a bambini DDAI e per integrarli nel gruppo è il senso dell'umore e la tranquillità.

### Ausili particolari

Le indicazioni seguenti si basano sulla conoscenza delle basi neurologiche dell'apprendimento e su esperienze pratiche. Nei capitoli 4 e 5 avete trovato molti esempi su come vengano elaborate le informazioni e sul tipo di percezione nel DDAI. Le strategie di apprendimento che ne derivano sono davvero molto utili anche per tutti gli altri bambini. Molti bambini senza DDAI applicano alcune cose intuitivamente o perché guidati. Solo bambini DDAI hanno bisogno a volte di un supporto e di più tempo per esercitarsi.

Riducete le cose che possono distrarre:

- allontanate stimoli visivi che si trovano nello spazio d'azione fra voi e il bambino. Un ornamento che dondola può attrarre l'attenzione di un bambino più di quanto non riusciate a fare voi;
- regole che limitano i rumori sono necessarie (per esempio durante un compito in classe non si deve parlare o giocare con il mazzo di chiavi). Proibite anche altri rumori inutili;
- fate sedere il bambino nelle vostre vicinanze. Alla finestra, alla porta o vicino al cestino il pericolo di distrazione è troppo grosso;
- banchi singoli sono più indicati di banchi doppi. Sedere troppo accanto porta inevitabilmente a toccare il compagno e con questo a distrarsi e a volte anche a entrare in conflitto. Banchi riuniti sono adatti al lavoro di gruppo ma non sono consigliabili durante la normale lezione poiché offrono troppe occasioni di distrazione.

Rafforzate la capacità attentiva:

- l'attenzione e la focalizzazione delle funzioni recettive su di un tema migliorano se il vostro sguardo rimane in contatto con quello del bambino. Durante le spiegazioni vi potrà ascoltare meglio. Due antenne – occhi e

orecchi – funzionano meglio di una per restare in sintonia. Se vi voltate da un'altra parte o se guardate la lavagna la capacità recettiva si riduce, soprattutto nei bambini DDAI;

- ripetete le informazioni più importanti e sottolineate con il tono della voce i punti fondamentali. I bambini di solito reagiscono bene anche a frasi tipo: "Tenetevi pronti...", "Ora ascoltate con maggiore attenzione...", "Attenti...", "Via...!";
- stimolate l'attenzione con i colori. Scrivere i verbi col rosso, gli aggettivi col blu capta meglio l'attenzione del bambino alla lavagna;
- per una migliore elaborazione di ciò che è stato percepito e per la sua assimilazione fate in modo di coinvolgere più sensi possibile.

Fornite un aiuto per organizzare il lavoro:

- non date mai più di un comando;
- assicuratevi che il bambino abbia recepito il comando;
- fate in modo che il lavoro individuale non sia troppo lungo, poiché il bambino DDAI può diventare estremamente inquieto. La capacità di concentrazione di un bambino DDAI è ridotta del 30% rispetto alla norma. Ciò significa che un bambino DDAI che frequenta la seconda classe possiede la capacità di concentrazione di uno di cinque anni;
- fornite al bambino brevi, esatte indicazioni per l'esecuzione del lavoro. Fatelo dopo aver distribuito il materiale, subito prima dell'esecuzione;
- istruzioni che si dilungano non vengono memorizzate e la distribuzione dei fogli contribuisce a distrarre. Quando il bambino ha ricevuto il suo foglio, non sa già più cosa deve fare, allora si mette a guardare quello che fa l'uno o l'altro compagno. Quando comincerà a lavorare, gli altri avranno già terminato.
- suddividete il lavoro a casa in piccole porzioni facilmente controllabili. Invece di dire: "Per lunedì leggete tutto il capitolo", procedete concretamente dicendo: "Leggete cinque pagine ogni giorno". Il bambino DDAI ha bisogno di istruzioni precise. Per natura non possiede capacità di strutturare.

- controllate oggi che i compiti siano stati scritti e domani che siano stati fatti;
- bambini DDAI hanno bisogno di struttura, di routine e devono sapere esattamente come la giornata scolastica si svolgerà. A questi bambini che non sanno organizzarsi piace sentire un contesto che li conduce attraverso la giornata. Loro sanno: "Se voglio stare in pace, devo attenermi a ciò che è stato predisposto". I bambini DDAI reagiscono male a cambiamenti improvvisi.

Favorite l'attività motoria come ricarica durante le pause:

- rimanere seduto e zitto è, per lo meno per un bambino DDAI con iperattività, molto estenuante. Per alcuni è importante potersi alzare ogni tanto. Potete dar loro il compito di andare a prendere qualcosa in sala insegnanti;
- negli intervalli tutti i bambini dovrebbero muoversi e sfogarsi, solo così diventa più facile rimanere seduti durante la lezione;
- anche se dovete dare una punizione al bambino DDAI, fate in modo di non usare il tempo della ricreazione. Se un bambino DDAI deve rimanere in classe durante la ricreazione per punizione, l'ora dopo sarà ancora più ingestibile.

Tenete conto di eventuali disturbi nella ricezione ed elaborazione dei contenuti:

- non vorremmo qui entrare in merito a un sostegno pedagogico particolare per i bambini con disturbi nella ricezione ed elaborazione e ai conseguenti disturbi settoriali (dislessia, disgrafia), perché ciò esulerebbe dal nostro lavoro. Ma ci preme sottolineare uno dei problemi che compaiono più spesso nei bambini DDAI e cioè la brutta grafia;
- sapete già che bambini che presentano anomalie nella ricezione ed elaborazione di informazioni hanno di regola problemi anche grafomotori. Non è loro intenzione scrivere male. Per loro scrivere e restare nei rigli costituisce spesso un enorme sforzo. È vero che anche un bambino DDAI deve apprendere a scrivere in maniera leggibile, ma

spesso ha bisogno per far ciò di più tempo rispetto agli altri bambini;

- può essere utile per questi bambini mantenere quaderni con quadretti grandi o a righe di stanziati anche dopo la prima e la seconda elementare;
- chiudete qualche volta un occhio, soprattutto se vedete che il bambino si è impegnato. Anche bambini che hanno superato il DDAI mantengono a volte una brutta grafia (nonostante terapia farmacologica). Spesso non ci si può fare niente;
- permette agli alunni più grandi di scrivere testi più lunghi col computer. In futuro, in ogni caso, lo faranno.

### Il problema dei compiti a casa

#### *Gestione comune in accordo con i genitori*

Per i genitori il problema dei compiti a casa è spesso questione spinosa. Può essere una delle attività più frustranti dei genitori dover fare ogni giorno con il proprio bambino DDAI i compiti a casa. Per questo vi preghiamo:

- sforzatevi di controllare nel diario del bambino se i compiti sono stati segnati. Questo controllo comporta un enorme alleggerimento della vita quotidiana dei genitori e del bambino. È penoso dover fare ogni giorno un giro di telefonate e i genitori di bambini DDAI non possono fidarsi che il bambino abbia davvero trascritto tutto;
- fate in modo che i bambini prendano nota dei compiti a casa non direttamente prima della campanella. Bambini DDAI senza iperattività hanno bisogno di molto tempo per scrivere e non arriveranno alla fine. Bambini DDAI con iperattività sono interessati soltanto a schizzare per primi fuori della porta per acciappare un buon posto a sedere nell'autobus e il più delle volte pertanto non scrivono niente;
- voi, in quanto insegnanti, dovrete controllare ogni giorno i compiti a casa, visitarli e prendere dei provvedimenti nei confronti di quei bambini che non li hanno svolti, prov-

vedimenti concordati in precedenza coi genitori. In questo modo darete al bambino la possibilità di imparare a organizzarsi per poter successivamente sbrigare i compiti a casa in autonomia. La cosa poi contribuisce a rendere più tranquilli i pomeriggi del bambino. Lo svolgimento dei compiti a casa è per la gran parte dei bambini affetti da DDAI molto più faticoso e richiede molto più tempo che per altri bambini. Per questo motivo non dobbiamo meravigliarci se loro tentano di trovare delle scappatoie. Dunque controllate per favore sempre i compiti a casa;

- nel caso in cui i compiti a casa non siano stati svolti, sarebbe un buon provvedimento quello di restare lo stesso giorno un'ora in più per svolgere i compiti mancanti. Purtroppo per diversi motivi la cosa spesso non è possibile. Discutete insieme ai genitori possibili provvedimenti diretti. Un diretto feedback, nonché l'immediata messa in atto di provvedimenti, pone i bambini DDAI di fronte ad una scelta, lo stesso vale ovviamente per ripercussioni positive nel caso di compiti a casa ben svolti. Per i bambini più piccoli si sono rivelati utili adesivi o timbrini. Per i bambini più grandi sortiscono un buon effetto dei "buoni" (per esempio un "buono" per una giornata senza compiti), in collegamento con un cartellino rosso quando non sono stati svolti i compiti che comporta un'ora di "lavoro socialmente utile".

#### *La creazione di un comportamento idoneo nella scuola*

Rinforzi positivi, stimoli e incoraggiamento modificano atteggiamenti e anche comportamenti. Siccome il bambino DDAI è molto attento a immediati e frequenti rinforzi positivi consigliamo anche per la scuola un sistema di ricompense. Questo sistema si basa su una valutazione, la più rapida possibile, del comportamento del bambino direttamente dopo ogni ora di lezione oppure al termine della giornata scolastica. La valutazione viene compiuta tramite l'uso di crocette da apporre su "faccine" allegre, neutre e tristi.

Per i bambini fino alla seconda classe il giudizio

dovrebbe avvenire possibilmente dopo ogni ora (ovviamente anche per il bambino più grande rappresenta un enorme ausilio se voi, in quanto insegnanti, vi sforzate di valutarlo dopo ogni ora, ma in modo meno rigido). Lo scopo del bambino è di ottenere molte crocette in corrispondenza delle "faccine" allegre per poterle scambiare con speciali privilegi. Privilegi sono previsti soltanto nel caso di crocette su "faccine" neutre o allegre.

I bambini DDAI fino alla seconda classe dovrebbero poter scambiare le loro crocette con ricompense direttamente dopo l'ultima ora. Non sempre è possibile che i privilegi vengano dati dall'insegnante oppure nella scuola. Ciò può accadere anche dopo l'arrivo a casa da parte della madre (oppure da parte di un'altra persona di riferimento che si occupa del bambino). Chiarite la gestione del sistema di ricompense coi genitori del bambino.

Possibili privilegi sono: quantità ridotta di compiti a casa, uscire per primo di classe, la mamma legge una storia a voce alta, quindici minuti al computer ecc. I desideri dei bambini sono i più disparati. (Ovviamente cari genitori potete assegnare delle cartine per le crocette positive ottenute da vostro figlio nel quadro del calendario dei doveri del bambino).

Nel caso di crocette sulle "faccine" tristi il bambino deve rinunciare al suo privilegio e per esempio svolgere un compito nella materia relativa oppure leggere una breve storia che l'indomani dovrà raccontare al maestro o ancora assumersi un altro piccolo incarico (non aggiungete nessun compito scritto in più come punizione). Se voi come insegnanti siete pronti a collaborare a questo sistema offrirete al bambino DDAI una buona possibilità di "funzionare correttamente".

#### **Cosa si può fare di fronte a comportamenti estremamente negativi**

La cosa migliore è non arrivare a comportamenti estremamente negativi. "Prevenire" deve essere la parola d'ordine. I genitori e gli insegnanti sanno bene che ci sono certe cose che fanno

### BILANCIO DELL'ORARIO SCOLASTICO DI UN BAMBINO DI SECONDA

Osservate il bambino nel contesto scolastico e prendete nota dei cinque comportamenti che desiderate modificare a re

Nome..... Data.....

Materia: Italiano

Comportamento:

Ho chiesto la parola e ho parlato solo quando toccava a me	sì	no
La mia sedia è rimasta ferma (non ho dondolato)	sì	no
Ho scritto tutti i compiti sul diario	sì	no
Sono uscito di classe all'intervallo lentamente e senza spingere	sì	no
Mi sono attenuto alle regole dell'intervallo: niente calci, botte, graffi, morsi, sputi nel cortile	sì	no

*Questo bilancio dell'orario scolastico può essere utilizzato per bambini DDAI di tutte le età e di tutte le classi. Cambiano soltanto i comportamenti desiderati che dovrete comunque stabilire individualmente per ogni bambino. All'fine del libro, nel capitolo II, troverete uno schema per un bilancio dell'orario scolastico nel quale potrete inserire caratteristiche individuali.*

esplodere i bambini DDAI – per esempio lunghe telefonate, lunghi viaggi in macchina, ingiustizie e determinate osservazioni. Conosco per esempio un ragazzo che si è scagliato pieno di rabbia contro sua madre perché lei lo accusava di aver mangiato l'ultimo pezzo di torta nonostante non fosse stato lui, oppure un bambino di prima elementare che è andato fuori dai gangheri perché l'insegnante snervata gli ha dato del "bambino piccolo".

Se avvertite che la curva di agitazione del bambino DDAI sta salendo non mettetevi a fare un braccio di ferro. Non alimentate il fuoco. Pensate che qui si tratta di un bambino con un deficit nel controllo degli impulsi. Distraetelo, mandatelo dalla segretaria della scuola a portargli un messaggio qualunque oppure mandatelo a prendere il gesso o fate gli pulire la lavagna. Tornato dalla se-

greteria avrà smaltito la rabbia anche se sotto sotto continuerà a rimuginare. Per questo limitatevi a ringraziarlo e tornate all'ordine del giorno.

Nonostante tutti gli sforzi può ugualmente succedere che code impreviste mandino fuori di sé un bambino DDAI. Se il bambino dovesse perdere il controllo non lo afferrate e non cercate di calmarlo. I bambini più piccoli forse possono ancora essere presi e messi in time-out. Con i bambini più grandi, dunque bambini in età scolare, questo inevitabilmente fa sì che il bambino vada del tutto fuori di sé e coinvolga anche voi nella sua agitazione. Per esempio l'insegnante di Ralf, otto anni, ha ricevuto un calcio nella pancia quando ha tentato di trascinarlo dentro la classe. Mantenete la massima calma e date indicazioni brevi e chiare. Se il bambino dovesse scappare corretegli dietro soltanto in situazioni

di estrema necessità (per esempio in caso di strada molto trafficata). Scappando via – per esempio nel cortile della scuola, in palestra o a casa nella sua stanza – il bambino esce da solo dallo “stato di agitazione”. Raffreddare gli animi dev’essere la parola d’ordine.

### Sviluppi positivi tramite motivazione

Giudizi affrettati sono di poco aiuto, ma è anche sbagliato sottovalutare i problemi di apprendimento. Non dovrebbe essere necessario che il bambino “cada nel pozzo” perché riceva aiuto. Prima verrà compiuta la diagnosi del DDAI e tanto più efficaci saranno gli aiuti. Quanto più a lungo un bambino in età scolare si muove su una spirale negativa di apprendimento tanto più difficile sarà mantenere il piacere di imparare, sviluppare una consapevolezza di sé e giungere ad uno sviluppo positivo.

Aiutate col vostro giudizio e con sostegni pedagogici ad affrontare i problemi per tempo affinché anche un bambino DDAI impari a fare uso delle proprie predisposizioni. Tenete conto del fatto che l’apprendimento e lo sviluppo sono messi in moto grazie al motore della motivazione. Anche se un bambino DDAI è molto stressante, richiede in continuazione la vostra attenzione e mette a dura prova i vostri nervi, non ha senso lasciarsi andare alla propria rabbia perché questo non aiuta né voi né il bambino DDAI.

Tobias (sette anni) frequenta la prima elementare. Ha una sindrome DDAI con iperattività particolarmente accentuata e inoltre un disturbo di elaborazione delle percezioni. Non riesce a distinguere suoni simili. Da questo deriva una debolezza ortografica. La sua insegnante ritiene, purtroppo, che egli sia solo maleducato e pigro e che non voglia studiare. Ogni giorno lui si sente frustrato e alla fine della prima ha già deciso che la scuola non fa per lui. Ogni mattina fa un’enorme scena per andare a scuola. Non vuole più far vedere i suoi quaderni, si vergogna perché ogni giorno è pieno zeppo di correzioni

in rosso. Il diario l’ha già fatto “sparire” due volte per via delle continue note ai genitori. Nel diario c’è scritto tra le altre cose:

(25.5.) “Oggi è cascato dalla sedia, ha cercato di reggersi e nel far questo ha fatto tremare anche il tavolo dei suoi compagni, così che le loro cose sono finite tutte in terra. Così non va”;

(26.5.) “Tobia disturba la lezione con interventi non richiesti. Nell’intervallo ha rincorso Jessica che ha finito per mordersi un labbro sanguinante in modo orribile. Cerchi di intervenire su suo figlio perché così è insopportabile per tutta la classe”;

(27.5.) “Durante la lezione di tedesco Tobias ha scarabocchiato nel suo sussidiario, così il suo profitto non potrà certo migliorare. Gli spieghi ancora che i libri sono di proprietà della scuola. Più in generale è molto disordinato, schiaccia i libri e i quaderni nello zaino senza riporli ordinatamente. Anche oggi non vedeva l’ora di lasciare la scuola e così ha fatto cadere la sedia. Col suo comportamento villano rappresenta una minaccia per gli altri bambini”.

È stato di grande aiuto per Tobias il fatto che la sua insegnante, dopo un colloquio con i genitori, abbia deciso di adottare il bilancio dell’orario scolastico con il sistema delle ricompense. Per la correzione ha preso un pennarello verde segnando la quantità di parole scritte giuste. Questi cambiamenti hanno fatto miracoli in Tobias: si è rimotivato e l’odio nei confronti della stupida scuola era quasi del tutto sparito.

### Conclusioni

Ancora un paio di suggerimenti per il colloquio con i genitori:

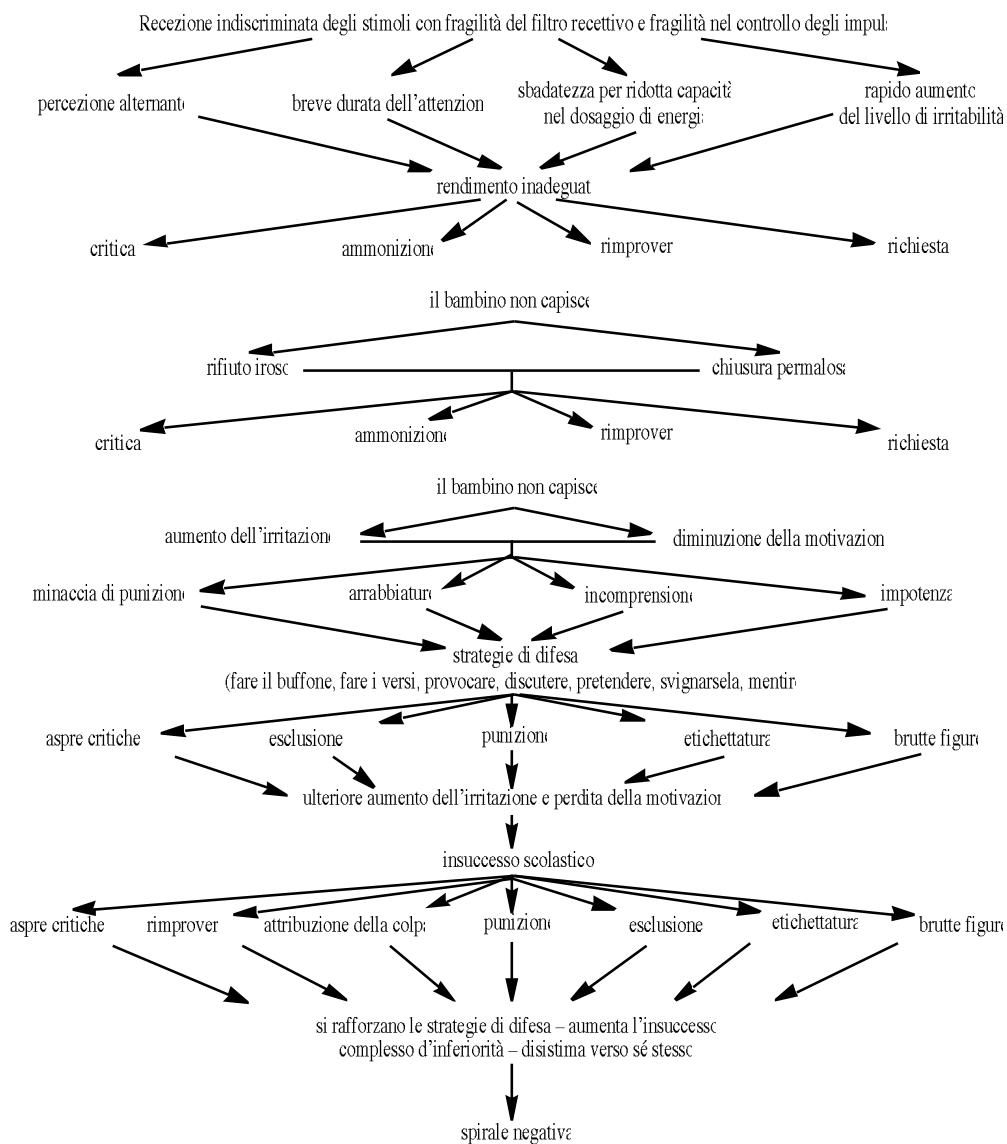
- fatevi una lista in cui prendete nota dei punti forti e dei punti deboli dell’alunno in relazione alle prestazioni scolastiche e al comportamento;
- invitate quindi i genitori a un colloquio per il quale devono essere messi a vostra disposizione quarantacinque minuti. Una adeguata comunicazione dell’immagine che avete del bambino necessita infatti di tempo;

- iniziate il colloquio con gli aspetti positivi. Mostrate ai genitori che siete interessati ad aiutare il bambino. Cominciate elencando i punti forti del bambino;
- trattate i punti deboli sul piano del profitto scolastico prima di affrontare i problemi inerenti al comportamento;
- esponete i problemi comportamentali dal punto di vista di un osservatore, senza fare valutazioni, senza tentare di fare una diagnosi;
- incoraggiate i genitori a descrivere i problemi a casa;
- riflettete insieme su quale sia la strada migliore per aiutare il bambino;
- elaborate insieme ai genitori un primo piano di intervento;
- fissate di rivedervi di lì a due settimane. Se le strategie si sono rivelate utili continuate ad applicarle e concordate di volta in volta ulteriori colloqui;
- se le difficoltà del bambino dovessero permanere nonostante gli sforzi da entrambe le parti consigliate ai genitori di consultare lo psicologo della scuola, uno psicologo esterno oppure un dottore. Dovrebbe essere qualcuno che s'intende di DDAI;
- cooperate con l'esperto di DDAI, perché egli ha bisogno della vostra collaborazione.

Nei nostri ambulatori è dimostrato quotidianamente che i bambini seguiti da un team efficace e attento fanno i maggiori progressi.

## Evoluzione scolastica del bambino con DDAI

Tratto da C.Neuhaus, *Das hyperaktive Kind und seine Probleme*, Urania, Ravensburger, 1999



## Verbale della riunione AIDAI a Ferrara del 17/05/2003

La riunione inizia alle ore 11.05, è presieduta dal Dr. Marzocchi (Presidente) e sono presenti:  
 Dr. Gardinale di Venezia;  
 Dr. Doria di Brescia, referente regionale per la Lombardia;  
 Sig.ra Rizzi di Milano;  
 Dr. Menazza di Padova;  
 Dr. Asuni di Venezia;  
 Dr. Vernacotola di Roma;  
 Dr. Fini di Ferrara, referente regionale per l'Emilia Romagna;  
 Dr. Mattiuzzo di Venezia, referente regionale per l'Emilia Romagna;  
 Dr. Pezzica di Firenze, referente regionale per la Toscana;  
 Dr. Mugnaini di Firenze;  
 Coniugi Omerini di Vicenza;  
 Coniugi Carrara di Milano;  
 Dr.ssa Rossini di Ancona.

Il presidente apre il dibattito affermando che l'A.I.D.A.I. debba riscoprire una propria nuova identità e una specificità per trovare nuovi scopi e motivi di lavoro. Il Dott. Marzocchi riferisce che negli ultimi due anni sono nate altre associazioni che si occupano del DDAI, alcune gestite da genitori (AIFA), altre da pediatri (GL-ADHD): questa frammentazione delle risorse in realtà ha procurato un significativo calo di forza nelle azioni dell'AIDAI, soprattutto a causa della perdita di numerosi genitori tra i suoi soci. L'associazione di genitori AIFA dimostra di lavorare in modo molto proficuo con i genitori, riuscendo a instaurare con loro un rapporto diretto di sostegno, sebbene manchi il confronto con gli specialisti. L'AIDAI dovrebbe puntare a mantenere e incrementare la sua anima maggiormente scientifico-clinica. Non è assolutamente sensato che l'AIDAI e l'AIFA proponghino le stesse attività: ognuna di queste dovrebbe

avere lo stesso scopo (diffondere informazioni corrette sul DDAI e fornire sostegno) pur mantenendo un diverso stile e una peculiare modalità di azione. Secondo la Dr. Doria, obiettivo dell'AIDAI dovrebbe essere quello di creare una rete di specialisti che si occupano della diagnosi e del trattamento del DDAI. La Dott.ssa Gardinale, sostiene l'importanza di occuparsi altresì della standardizzazione di materiale e di tecniche per la gestione delle problematiche dei bambini con DDAI e dei loro genitori. In sintesi l'AIDAI dovrebbe diventare una rete di operatori che si auto-aggiornano tramite seminari, supervisione, intervizione e che costituiscono gruppi di lavoro con genitori e con insegnanti. Rispetto alla tematica della terapia, il presidente sostiene che le altre associazioni, e in particolare l'AIFA, si sono molto espresse nella causa della reintroduzione del farmaco; l'AIDAI non ha mai voluto prendere una posizione in merito, sostenendo che deve essere il medico/neuropsichiatra a decidere o meno per un trattamento di tipo farmacologico, sebbene la disponibilità di uno strumento terapeutico sia altamente auspicabile ma rimandando agli organi competenti l'opportuna decisione. A questo proposito, l'AIDAI dovrebbe trovare un ruolo nell'ambito dell'intervento psico-sociale promuovendo corsi di formazione per insegnanti, genitori e operatori per riuscire a creare una fitta rete di operatori che sappiano riconoscere e trattare il DDAI. Il signor Carrara di Milano ritiene che serva una maggiore informazione sul Disturbo, che si dovrebbe sviluppare a più livelli: mass media, genitori, scuola, medici e operatori. La questione della divulgazione delle informazioni è un tema molto scottante perché molto spesso, afferma il presidente, i mass media tendono a manipolare l'informazione secondo i propri scopi, che non sempre sono quelli dell'informazione corretta,

ma quella di fare scalpore e raccogliere un maggior numero di lettori. La Dr. Pezzica, invece, ritiene si debbano cercare canali informativi "sicuri" che possano diffondere informazioni corrette scientificamente. Il dr. Marzocchi ribatte che la formazione (corsi nelle scuole e nei centri AIDAI con insegnanti e genitori) sia il mezzo più efficace, sebbene silenzioso, per diffondere la conoscenza del DDAI ai vari livelli.

Il presidente dell' AIDAI affronta poi il tema del bilancio: l' associazione e in particolare i centri regionali dovrebbero occuparsi maggiormente di reperire fondi tramite la raccolta di informazioni su enti pubblici e privati deputati al finanziamento delle Onlus. I convegni di Padova e Ostuni, per la prima volta a pagamento, hanno permesso di pagare parte delle spese, ma nella cassa AIDAI non ci sono risorse per affrontare altri progetti.

A questo punto, su iniziativa della dr.ssa Pezzica, ci si chiede perchè una persona dovrebbe diventare socia AIDAI, che vantaggi ottiene?

Oltre ai "vecchi" servizi, ricevere informazioni, il newsletter, entrare con lo sconto a numerosi convegni, è necessario creare un maggior clima di tipo associativo: chi si iscrive dovrebbe avere la possibilità di rivolgersi al proprio punto di riferimento AIDAI (centro regionale, operatore riconosciuto) dove trovare persone in grado di dare informazioni e supporto.

Il Dr. Mugnaini di Firenze propone di pubblicare un libretto divulgativo sul DDAI e di sensibilizzare maggiormente i NPI.

*I prossimi obiettivi, prioritari per l' AIDAI, riguardano la costituzione di sedi locali guidate da personale qualificato (medici o psicologi) interessati a costituire gruppi di lavoro a diversi livelli: gruppo di formatori psico-pedagogici, genitori che possono seguire corsi di parent training, insegnanti che possono usufruire di corsi di aggiornamento all' interno delle proprie scuole. In diverse regioni, questo modello è diventato una realtà: Lombardia (Brescia),*

*Toscana, Marche, Lazio... si spera che altri si possano aggregare a questa modalità di lavoro per fare formazione sul DDAI, non semplicemente spargere notizie incontrollate.*

In sintesi ci si propone quanto segue.

1. Dialogo con l' AIFA, sottolineando le diverse competenze e cercando una collaborazione (incontro da concordare con l' AIFA per settembre). A seguito della riunione, è stato fatto un tentativo di contatto con l' AIFA ma non è stato produttivo.
2. Costituzione di gruppi di Operatori AIDAI (Referenti regionali e operatori):
  - organizzazione di seminari di aggiornamento (3/4 all' anno) - coordinatori Menazza e Pezzica;
  - riunioni di intervizione di casi (incontri tra operatori AIDAI);
  - formazione di nuovi operatori che sappiano trattare il DDAI.
3. Mansioni:
  - corsi di aggiornamento/supervisione per Operatori AIDAI (Pezzica, Asuni, Fini, Mattiuzzo);
  - aggiornamento bibliografico (Menazza);
  - sito internet - aggiornamento contenutistico (non tecnico)...*cercasi volontario!*
  - Newsletter (Marzocchi);
  - ufficio Stampa AIDAI (Quatrini?);
  - avvocato (*da individuare*);
  - convegni - si è deciso di alternare un convegno teorico/scientifico a uno più esperienziale (responsabili: Rizzi, Gardinale e Omerini e Carrara come genitori) (periodo: primavera 2004).
4. Stabilire incontri organizzativi tra i referenti regionali dell' AIDAI.
5. Omerini di Vicenza si interesserà di raccogliere informazioni sulle vie di finanziamento dell' associazione.
6. La riunione di aggiornamento è prevista per l' autunno 2003.

## Bibliografia di approfondimento

### Articoli

- BENSON F. & GUERRS. (2001). "Interventi cognitivi su vari aspetti dell'attenzione e del sistema attentivo-supervisore". *Difficoltà di Apprendimento*, 6(4), 513-530.
- CALZOLA S. & DEL'ANNUNZIO M. E. (2000) "Disordine da Deficit dell'Attenzione con Iperattività in un campione della scuola elementare italiana". *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 20.
- CARBONE. (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.
- FABRI R. A. (2000). "Migliorare l'attenzione nel contesto individuale e in classe: metodi di intervento". *Difficoltà di apprendimento*, 6(1), 37-46.
- GUAZZO G.M. (1995). "Disturbi dell'attenzione e iperattività: un caso trattato con intervento metacognitivo". *Psicologia e Scuola*, 74, 14-17.
- MARCOTTO E., PALTENGI B. & CORNOLDI C. (2002). "La scala IPDDAI: contributo per la costruzione di uno strumento per l'identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività". *Difficoltà di Apprendimento*, 8(2), 153-172.
- MARZOCCHI G.M., DI PIETRO M., BASSI E., FILORAMO G. & SALMASA. (2002). "Il questionario SDQ per insegnanti (Strength and Difficulties Questionnaire): uno strumento di screening per difficoltà comportamentali ed emotive in età evolutiva". *Difficoltà di Apprendimento*, 8(1), 75-84.
- SACCOMAL. (1999). "Disturbi di apprendimento e Disturbo da deficit di attenzione/iperattività". *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 19.
- SACCOMAL. & ORSINI S. (2001). "Deficit di attenzione con iperattività (DDAI) e comorbilità". *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 21(2).
- ZUDDAA., ANCILET B., DEMURCS., MARONG A. & CIANCHETTI C. (1999). "Protocollo diagnostico, test di somministrazione acuta e terapia cronica con metilfenidato in bambini con disturbo da deficit attentivo e iperattività: uno studio pilota". *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 735-746.
- ZUDDAA., CAVOLIP., PISANT. & ANCILLET B. (2001). "Gli psicostimolanti ed il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD)". *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 21(1).

### Libri e capitoli

- BISIA C.P. & FABBRIN. (2002). "Il disturbo di attenzione e iperattività". In *I Disturbi dello Sviluppo* (S. Vicari & C. Caselli, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- CORBIS., MAROLIF., SARNI V., TORRIOM.G. & VERNACOT S. (2002). *Il bambino iperattivo e disattento*. Milano: FrancoAngeli Editore.
- CORNOLDI C., DE MECCI., OFFREDO F. & VICCI. (2001). *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Trento: Edizioni Erickson.
- CORNOLDI C., GARDINALEM., PETTENI L. & MASI A. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Trento: Edizioni Erickson.
- D'ERRICO R. & AIELLE E. (2002). *Vorrei scappare in un deserto e gridare...* Giuseppe De Nicola Editore.
- DI PIETRO M., BASSI E. & FILORAMO G. (2001). *L'alunno iperattivo in classe*. Trento: Edizioni Erickson.
- DOUGLASS. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Milano: FrancoAngeli Editore.
- KIRBY & GRIMM (1989). *Disturbi dell'attenzione e iperattività*. Trento: Edizioni Erickson.
- MARGHERITA. & SABBADINI G. (1995). "L'iperattività e i disturbi dell'attenzione". In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Bologna: Zanichelli.
- MUNDEN A. & ARCELUS J. (2001). *Il bambino iperattivo*. Edizioni Ecomind.
- NUZZI V. (2002). *Manuale per la diagnosi e la terapia ADHD. Per il pediatra pratico e il pediatra di famiglia*. Giuseppe De Nicola Editore.
- PREKO J. & SCHEWEIZ C. (1999). *Bambini iperattivi*. Como: RED.
- PRIORI 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
- VALLE R. (1974). *Il bambino iperattivo a scuola*. Roma: Armando Editore
- VICCI., MARZOCCHI G.M. & OFFREDO F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Trento: Erickson.

## Segnalazioni di convegni

### A.I.R.I.P.A.-ONLUS

#### INVITO A PROPORRE CONTRIBUTI XII CONGRESSO NAZIONALE AIRIPA

(Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento)

#### **I disturbi dell'apprendimento**

17-18 Ottobre 2003

#### *Sede:*

Aula Magna, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Facoltà di Economia, via Perrone 18, Novara

#### *Relatori su invito:*

S. Baron-Cohen (Università di Cambridge)  
U. Frith (University College di Londra)  
G. Lancioni (Università di Leida e di Bari)  
M. Montague (University of Miami)

#### *Manifestazioni pre-organizzate e simposi:*

Funzioni cognitive nei disturbi pervasivi dello sviluppo (a cura di L. Surian, Università di Trieste)

Le difficoltà di studio (a cura di A. Antonietti, Università Cattolica di Milano e R. De Beni, Università di Padova)

Deficit evolutivi della lettura e della scrittura: procedure diagnostiche e fattori sottostanti (a cura di P. Zoccolotti, Università La Sapienza, Roma)

#### *Comitato scientifico:*

O. Albanese, A. Antonietti, C. Belacchi, R. Corcella, C. Cornoldi, R. Cubelli, R. De Beni, L. Domenis, D. Lucangeli, M.C. Passolunghi, A. Pepi, M. Sacchi, S. Vicari, P.E. Tressoldi, R. Vianello.

*Informazioni e invio riassunti* (indicando eventuale preferenza per poster), max 150 parole, scadenza 30 Maggio 2003):

chiara.meneghetti@unipd.it

irene.mammarella@unipd.it

patrizio.tressoldi@unipd.it

oppure c/o Dipartimento di Psicologia Generale, via Venezia,8 -35131 Padova.

Si comunica a tutti coloro che hanno intenzione di partecipare al XII Congresso AIRIPA il 17-18 ottobre che quest'anno, a causa di un numero limitato di alberghi nella città, è necessaria una prenotazione entro il mese di settembre in accordo con l'azienda di promozione turistica di Novara. Pertanto vi invitiamo per maggiori informazioni a consultare il seguente sito [www.promonovara.it](http://www.promonovara.it)

oppure rivolgervi al seguente indirizzo Promonovara Centro turistico, via Paletta 1, 28100 Novara  
telefono 0321473555  
fax 0321394896-621804