

## Dibattito con il pubblico

### DOMANDE:

(dott. Di Pietro) *Come si colloca il bambino particolarmente distratto non iperattivo che vive in un suo mondo e come lo si può aiutare efficacemente?* Bisogna distinguere se il deficit attentivo è significativo, ha una rilevanza clinica oppure se la disattenzione è legata a particolari ambiti: ad una materia, allo stile dell'insegnante, ad una particolare modalità (compiti scritti, orali). Poi ci sono anche caratteristiche di personalità legate al deficit di attenzione: generalmente i bambini disattenti ma non iperattivi sono più introversi, hanno un mondo interiore più ricco, hanno meno bisogno di sollecitazioni esterne. Inoltre hanno bisogno di una stimolazione minima ottimale esterna, grazie alla quale riescono a dare prestazioni migliori se sono posti in ambienti con un minimo di percezione costante: se essi vengono posti in una stanza insonorizzata, si distraggono ancora di più. In compiti scritti il bambino altamente distraibile passerà da un argomento all'altro con estrema facilità: per questi bambini si dovrebbe utilizzare non più di una domanda per foglio.

(dott. Marzocchi) *Non è stato affrontato il problema dei questionari o scale di valutazione: quali usare, quali sono le più attendibili?* Le abbiamo solo accennate perché avrebbero richiesto troppo tempo. I questionari utilizzati generalmente includono i sintomi riportati nei manuali diagnostici: i più semplici e i più brevi sono le scale SDAI per gli insegnanti e SDAG per i genitori. Essi contengono i 18 sintomi descritti dai manuali diagnostici in cui chi compila il questionario riporta se il bambino manifesta quel comportamento mai, qualche volta, abbastanza spesso, molto spesso. Altri questionari includono i sintomi del DSM-IV e ICD-10 e altri disturbi: ad esempio le scale di valutazione comportamentali includono anche i sintomi di disturbo oppositivo-provocatorio o di disturbo della condotta. Altri questionari sono più ampi perché includono altre tipologie di disturbo: le scale di Conners includono anche i disturbi di tipo emotivo; le CBCL includono comportamenti rilevabili nelle attività quotidiane del bambino. Tutti contengono il nucleo centrale dei sintomi del DDAI e si possono ritrovare facilmente guardando nella bibliografia che si trova sul sito dell'Aidai.

(dott. Maschietto) *Due domande sulla terapia farmacologia e una sull'eziologia del disturbo* Che il disturbo abbia una base biologica è un dato ormai consolidato: dalla risonanza magnetica funzionale, dalla PET si nota come tali bambini abbiano un particolare tracciato: infatti le regioni frontali sono ipoattive, mentre le zone occipitali e temporo-parietali sono particolarmente attive perché viene a mancare il ruolo di modulazione sulle afferenze percettive che la corteccia frontale esercita su tutte le aree di ricezione sensoriale primaria. Il farmaco nel caso del metilfenidato, mostra un rapido cambiamento del quadro clinico. Non sappiamo esattamente quali siano i neurotrasmettitori implicati nel disturbo ADHD: sono sicuramente coinvolti la dopamina e la noradrenalina (la prima agisce sulla componente attentiva, la seconda sull'impulsività ed iperattività). Il metilfenidato, che appartiene alla categoria delle amfetamine e che non è ancora in commercio in Italia, agisce inibendo la ricaptazione della dopamina e aumentando la presenza di dopamina. Un farmaco utilizzato in America, la atomoxetina, agisce invece sulla noradrenalina e sembra essere più efficace del metilfenidato. Questi farmaci non sono devianti-depressivi anche se era stato inizialmente sintetizzato per la cura della depressione adulta, in cui però non aveva funzionato. Sappiamo che l'impulsività è regolata anche dalla serotonina, però i farmaci che ne diminuiscono la concentrazione, non sono efficaci per l'ADHD, mentre lo sono ad esempio nei disturbi di personalità di tipo borderline. In merito al fatto di dire o non dire al bambino quale problema ha, ritengo sia giusto dirgli cos'ha, perché nei periodi in cui non lo assume per un tempo prolungato (ad esempio nei periodi estivi), il bambino si può rendere conto di

stare meglio ed è poi egli stesso che chiede di non assumerlo più. Non si verifica quindi dipendenza nel momento in cui il bambino viene informato del suo disturbo.

(dott. Vio). *Quando si può sospendere il farmaco?* La sospensione del farmaco avviene quando contemporaneamente al trattamento farmacologico, si porta avanti un trattamento psicologico cognitivo-comportamentale, per cui la somministrazione del farmaco crea una parentesi biochimica che consente una maggior assimilazione ed efficacia delle strategie comportamentali.

(dott. Maschietto) *Quindi il farmaco si dà solo se è possibile un intervento psicologico?* Non sono completamente d'accordo, perché nelle regioni dove il parent training o le strategie comportamentali non sono utilizzate, i bambini che assumono la terapia farmacologia, producono dei cambiamenti che almeno in parte continueranno nel tempo.

(dott. Marzocchi) Il documento di consenso nazionale afferma che è auspicabile un intervento integrato, perché è quello che produce migliori risultati. In assenza però di operatori in grado di fare un intervento psicologico, non è questo motivo sufficiente per non attivare un consenso farmacologico. Ovviamente il trattamento farmacologico dev'essere effettuato solo se monitorato da un clinico competente.

(dott. Vio) *E se i genitori non sono d'accordo a lavorare?* Se abbiamo una famiglia che non acconsente a lavorare con il bambino abbiamo una prognosi che non è favorevole e questo disordine potrà quindi evolvere verso un problema della condotta. Più precocemente si attua un approccio multimodale, maggiori sono i risultati, che anche la famiglia avverte.

(dott. Maschietto) *Ha fatto cenno sull'uso dei farmaci stabilizzatori dei disturbi dell'umore. Volevo chiederle l'inizio e la durata del trattamento.* Inizio subito, anche a sei anni; il trattamento poi dipende dall'età del bambino e dal quadro clinico. In bambini piccoli uso stabilizzatori dell'umore classici, come il valproato; in bambini più grandi, il cui quadro clinico sia severo, a volte inizio col valproato e a volte col carbolitio. Ci sono delle situazioni in cui nemmeno il carbolitio da solo è sufficiente per stabilizzare il quadro; in questi caso gli associo anche un neurolettico atipico, come l'olanzepina. Tempi 9 mesi-12 mesi se le cose vanno bene, ma se la sintomatologia rimane invariata, vado avanti in cronico.

(dott. Vio) *Ho classi di 26 alunni, l'alunno scorso ne avevo 28. Mi chiedo se la Signora Moratti sappia dell'esistenza del vostro centro.* Noi abbiamo il problema delle certificazioni, siamo uno dei centri che certifica molto. Anch'io sento come lei gli insegnanti soli, senza appoggi.

(dott. Di Pietro) In riferimento all'istogramma presente nei lucidi, sono state fatte osservazioni sistematiche in alcune classi dell'Alto Adige. L'istogramma in blu mostra le classi dove non venivano applicate strategie di modificazione del comportamento; durante la fase di baseline, ovvero di misurazione, in nessuna classe venivano applicate tali strategie e si vede che non c'è grossa differenza col campione sperimentale, quello giallo; in alcune classi poi gli insegnanti hanno incominciato ad applicare strategie di modificazione del comportamento e si è visto che nell'arco della mattinata si arrivava a un'interruzione media di 18 minuti di sospensione dell'attività didattica per poter intervenire sui bambini. Nelle classi dove non veniva fatto niente, nell'arco della mattinata c'era un'interruzione media di 38 minuti. Ciò vuol dire che è anche un buon investimento in termini di tempo applicare questa strategia.

(dott. Marzocchi) *Quali sono i centri in Italia e come richiedere un supporto, anche per gli insegnanti?* Ci sono i servizi pubblici deputati a questo lavoro di consulenza e diagnosi, una cosa che può fare in aggiunta l'associazione è quella di far una sorta di censimento degli operatori nel nostro territorio che sono in grado di fare questo lavoro. Devono essere però anche gli operatori a mettersi in contatto con l'associazione ed essere disponibili a incontrarsi per dialogare, per autoaggiornarsi ed essere a disposizione delle richieste che arrivano. Quando poi si viene a costituire una rete di operatori, si potranno fare dei corsi di formazione nelle scuole. I nostri colleghi di Brescia hanno già un centro attivo da diversi anni e in collaborazione con il centro di Neuropsichiatria, che organizzano dei corsi nelle scuole. Lo scopo dall'AIDAI è proprio quello di istituire corsi pubblicare materiale per promuovere la formazione.

(dott. Vio) *Qual è il protocollo per sviluppare il parent training?* Non esiste un protocollo, gli operatori sono a conoscenza che esiste questa opportunità che può essere svolta in due modi, individualmente o in gruppo. Cerchiamo di comporre dei gruppi che abbiano delle caratteristiche in comune (ad esempio in base alla fascia d'età dei figli). Le indicazioni che noi chiediamo sono queste: si tratta di bambini inviati dalla scuola e hanno già un'indicazione diagnostica; poi chiediamo ai genitori il consenso, nel senso che devono essere entrambi d'accordo nell'accettare questo tipo di proposta, anche se non è detto che entrambi possano realmente parteciparvi. Noi chiediamo l'adesione formale di entrambi poi ai genitori affidiamo del materiale da portare a casa, formativo ed informativo, a cui i genitori devono dare delle risposte. Sono degli incontri che si svolgono di sera, dalle 18.30 alle 20 in un giorno prefissato.

(dott. Vio) *Nel caso in cui il servizio presso il quale io sono in interazione, non conosca gli operatori competenti...* C'è un libro dove è pubblicata la sperimentazione con le modalità e le caratteristiche dell'operatore che deve utilizzare per condurre il training e il materiale che si deve utilizzare. Il titolo è *Il bambino con deficit di attenzione ed iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori* edizioni Erickson, autori Vio, Marzocchi e dott.ssa F. Offredi. Nella parte iniziale c'è anche suggerimento di un protocollo diagnostico che è quello che ha suggerito poi dott. Maschietto nel suo intervento.

(dott. Vio) *Vorrei sapere come possiamo agire sui genitori degli altri ragazzi e sui compagni del ragazzino DDAI.* Esiste una realtà in Italia che anche i servizi adesso guardando con maggior simpatia, che è l'associazione dei genitori. In Italia abbiamo l'associazione dislessia, l'associazione sui disturbi pervasivi dello sviluppo, quella per i bambini iperattivi; queste associazioni possono svolgere un ruolo importante per i genitori: mettono a disposizione dei materiali che forniscono buone informazioni che sarebbe buona cosa diffondere nelle scuole.