

in

Salute

Maggio 2003

Periodico a cura dell'ISTITUTO SCIENTIFICO "E. MEDEA"
dell'ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA

A cura dell'Istituto Medea. Milena Cannao (caporedattore), Ada Moretti, Cristina Trombetti (redazione)
Supplemento al numero odierno del quotidiano "La Provincia"

gli inserti de **La Provincia**



➔ **CUORE MATTO**

Fibrillazione
atriale: disturbo
o malattia?

2

a pagina

➔ **BAMBINI IRREQUIETI**

Qualche volta
sono soltanto
da curare

5

a pagina

➔ **DOSSIER**

Anoressia
e bulimia
si possono
sconfiggere

7/10

a pagina

➔ **DURI D'ORECCHIO**

Prevenzione
della sordità
infantile

6

a pagina

info

→ PER SAPERNE DI PIU'

In Italia esistono **due associazioni** per la divulgazione di informazioni sul **DDAI**:

• **Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività AIDAI-Onlus** www.aidai.org

• **Associazione Italiana Famiglie ADHD AIFA-Onlus** www.aifa.org

Presso l'IRCCS Medea di Bosisio Parini si stanno conducendo delle ricerche sull'eziologia neurobio-psicologica del DDAI, in particolare si sta studiando l'espressione di geni che controllano la funzionalità di neurotrasmettitori (dopamina e serotonina) e la loro relazione con funzioni neuropsicologiche (Attenzione e Funzioni Esecutive). Inoltre, si stanno sperimentando protocolli di riabilitazione psicologica applicati su bambini (training neuropsicologico) e sui loro genitori (parent training).

→ LE STATISTICHE

Sebbene nel panorama internazionale i criteri del DSM-IV sono quelli maggiormente utilizzati, in Europa si tende a considerare quelli dell'ICD-10 (pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) i quali utilizzano il termine Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione e i cui criteri diagnostici richiedono la contemporanea presenza dei sintomi di disattenzione e quelli di iperattività-impulsività. L'ICD-10, inoltre, richiede dal punto di vista diagnostico che il bambino iperattivo non presenti altre diagnosi associate oltre al DDAI. Dalla comparazione dei due manuali diagnostici emerge che secondo il DSM i bambini con DDAI, in età scolare, sono circa il 3-5%, mentre secondo l'ICD-10 (che ha criteri più restrittivi) sono l'1-2%.

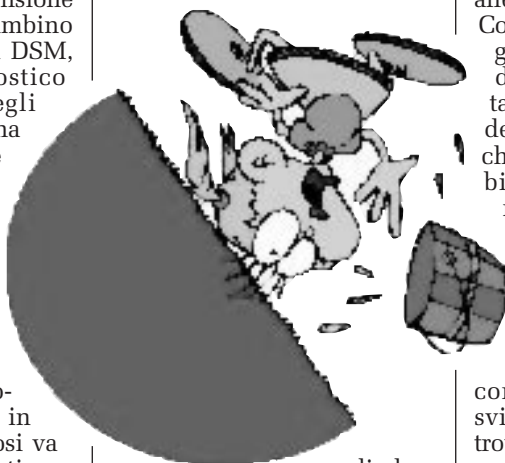
Il bambino irrequieto: e se fosse un DDAI?

Se non supera certi limiti la vivacità è una caratteristica positiva dei bambini, soprattutto perché li rende più attivi nei confronti delle esperienze. Ma in certi casi il bambino eccessivamente vivace è anche disattento, impulsivo, carente di autocontrollo. Può allora trattarsi di un quadro clinico che richiede una diagnosi specialistica e una terapia mirata.

IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE

Nel 1902 George Still pubblicò sulla rivista scientifica "The Lancet" un articolo in cui descriveva una cinquantina di piccoli pazienti caratterizzati da "eccessiva vivacità e difettoso controllo morale". In oltre cent'anni di ricerche sono stati compiuti notevoli passi in avanti nella comprensione della sindrome del bambino iperattivo. Nel 1980 il DSM, manuale psicodiagnostico dell'Associazione degli Psichiatri Americani, ha introdotto il termine Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI), per descrivere questi casi. Il disturbo è difficilmente individuabile attraverso la somministrazione di test psicologici o l'osservazione del comportamento in ambulatorio. La diagnosi va formulata in base ai dati raccolti, in modo sistematico, tramite interviste e questionari rivolti direttamente ai genitori e agli insegnanti del bambino in esame. Una valutazione clinica accurata dovrebbe comunque comprendere indagini neuropsicologiche mediante test cognitivi in grado di evidenziare alterazioni a carico del sistema dell'attenzione (in particolare dei processi che servono a mantenere l'attenzione prolungata nel tempo) e delle funzioni esecutive (quelle che consentono di coordinare le azioni complesse necessarie per affrontare compiti nuovi e che richiedono comportamenti non automatici).

Il disturbo sembra avere una componente biologica innata, con forti caratteristiche ereditarie, ma la gravità dei sintomi e la loro persistenza dipendono anche dall'ambiente in cui si trova inserito il bambino. Gli studi sulle cause biologiche si sono concentrati sull'individuazione di fattori genetici che controllano il funzionamento



di alcune sostanze presenti nel Sistema Nervoso centrale (neurotrasmettitori), tra cui la dopamina e la noradrenalina. Per la terapia si utilizzano quindi farmaci a base di metilfenidato, che agiscono regolando la quantità di questi neurotrasmettitori. La terapia farmacologica determina una significativa riduzione della gravità dei sintomi del DDAI di circa il 50%-75% dei casi. Oltre alla somministrazione dei farmaci, è necessario anche un intervento integrato che coinvolga i genitori, gli insegnanti e il bambino stesso. Per quanto riguarda le terapie psicologiche esistono interventi educativi che aiutano il bambino a controllare

le proprie abilità attentive e a ridurre l'impulsività. Ai genitori e agli insegnanti vengono proposti percorsi in grado di aiutarli a comprendere le problematiche del figlio, causate dal DDAI, e a gestire i comportamenti difficili (derivanti da disattenzione, iperattività e impulsività) che creano stress e sconforto negli adulti alle prese con bambini affetti da questo disturbo.

Come abbiamo accennato, la gravità dei sintomi, il tipo di problemi comportamentali associati e la persistenza del disturbo dipendono anche da fattori di natura ambientale, legati all'adattamento del bambino all'interno della scuola e della famiglia.

Tentiamo di spiegare meglio questo concetto attraverso un esempio relativo a due bambini con una predisposizione a sviluppare un DDAI: uno si trova in un contesto scolastico e familiare comprensivo, orientato alla soluzione dei problemi del bambino, capace di sostenerlo, educarlo e capirlo nei momenti di difficoltà; il secondo si trova in contesti poco tolleranti, esigenti e punitivi. Naturalmente il primo caso manifesterà i sintomi in maniera ridotta, non avrà grossi problemi durante lo sviluppo e probabilmente manifesterà una riduzione dei comportamenti negativi.

Il secondo, invece, oltre a presentare sintomi più intensi, svilupperà altri comportamenti devianti che potranno durare anche a lungo, o addirittura per tutta la vita.

Gian Marco Marzocchi

DA SAPERE

Di seguito, vengono elencati i sintomi del DDAI riportati nei manuali psicodiagnostici (DSM-IV e ICD-10).

● **DISATTENZIONE**

1. spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività;
2. spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco;
3. spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente;
4. spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici o i propri doveri, non a causa di un comportamento che si oppone alle regole sociali;
5. spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;
6. spesso evita ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale prolungato (come compiti a scuola o a casa);
7. spesso perde gli oggetti necessari per i compiti e le attività quotidiane;
8. spesso è facilmente distratto da stimoli estranei;
9. spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

● **IPERATTIVITA'**

1. spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia;
2. lascia il proprio posto in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto;
3. spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui è fuori luogo;
4. spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
5. spesso si muove come se fosse guidato da un motorino;
6. spesso parla eccessivamente;

● **IMPULSIVITA'**

1. spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;
2. spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
3. spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per esempio si intromette nelle conversazioni o nei giochi).

DA SAPERE

SU CHE COSA SI BASA LA DIAGNOSI?

Il DDAI è caratterizzato da 18 sintomi che riguardano problemi di attenzione, iperattività e impulsività (v. riquadro a destra). Per formulare una diagnosi di DDAI, occorre che siano presenti almeno 6 sintomi di disattenzione, o 6 di iperattività-impulsività; inoltre tali

comportamenti-sintomi devono risultare significativamente invalidanti nella vita scolastica e sociale del bambino. Occorre anche escludere la presenza di altre patologie (ad esempio autismo, ritardo mentale lieve, sintomi psicotici, difficoltà di apprendimento scolastico, problematiche di natura emotiva o familiare) che possono determinare un quadro sintomatologico molto simile al DDAI.

Cosa è il D.D.A.I

DDAI

CARATTERISTICHE PRINCIPALI

ALTRE CARATTERISTICHE

INCIDENZA E ORIGINE DEL DDAI

I SINTOMI DEL DDAI

Il **Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (DDAI)** è un termine che recentemente è stato coniato per indicare un problema che interessa sia bambini che adulti che manifestino difficoltà nel mantenere l'attenzione nel tempo, nel controllare l'impulsività e nel regolare il proprio livello di attivazione fisiologica. Questo disturbo ha avuto numerose etichette nel corso di quest'ultimo secolo: reazione ipercinetica del bambino, iperattività, sindrome ipercinetica, disfunzione cerebrale minima, Disturbo da Deficit Attentivo (con o senza Iperattività).

CARATTERISTICHE PRINCIPALI

Le persone (soprattutto bambini) che presentano questo problema manifestano le seguenti caratteristiche:

1. **Scarsa attenzione mantenuta** (quindi precoce distraibilità) e debole persistenza per l'esecuzione dei lavori, in particolar modo in quelli prolungati e ripetitivi. Queste caratteristiche psicologiche portano ad un rapido raggiungimento del livello di "stanchezza" e di noia che si evidenziano con frequenti spostamenti da un'attività, non completata, ad un'altra; perdita di concentrazione durante lavori protratti nel tempo e incapacità di portare a termine le consegne, soprattutto in assenza di un supervisore adulto.
2. **Inadeguato controllo degli impulsi e difficoltà nel posticipare una gratificazione.** Si segnala spesso, infatti, che questi bambini non riescono a riflettere prima di agire, ad aspettare il proprio turno, a lavorare per un premio consistente, ma lontano nel tempo, piuttosto di una gratificazione minore ma immediata. Inoltre, essi manifestano un deficitario controllo dei comportamenti non adeguati rispetto alle situazioni ambientali.
3. **Eccessiva attività irrilevante rispetto al compito principale** e attività scarsamente regolate rispetto alle richieste ambientali. I bambini con DDAI sono solitamente visti come agitati, irrequieti, incapaci di stare fermi, e sempre sul punto di partire. Essi manifestano un eccessivo movimento, non richiesto per l'esecuzione dei compiti (come muovere le gambe, giochicchiare o lanciare oggetti, spostarsi da una posizione all'altra), soprattutto in situazioni ripetitive e noiose.
4. **Difficoltà nel seguire le regole.** Le persone con difficoltà di attenzione e iperattività manifestano incapacità nel seguire le regole di comportamento o i comandi impartiti per lo svolgimento di un'attività, senza che vi sia la supervisione di un adulto. Questo aspetto potrebbe essere dovuto a qualche difficoltà di comprensione delle istruzioni e ad un improprio uso delle abilità di memoria. Un osservatore ha l'impressione che i comandi dati ai bambini con DDAI non li aiutino a dirigere le proprie attività.
5. **Ampia variabilità nelle manifestazioni comportamentali** durante l'esecuzione dei compiti. Gli operatori clinici sono concordi nel ritenere che esista un'ampia variabilità nella qualità delle prestazioni dei bambini con DDAI, sia per quanto riguarda i risultati scolastici che nelle attività extra-scolastiche. E' molto probabile che, all'interno del gruppo di persone con DDAI, esistano differenti sotto-categorie che manifestino, in modo particolare, alcune caratteristiche cognitive (di pensiero e ragionamento) e comportamentali, del tutto peculiari rispetto ad altri individui che presentano ugualmente difficoltà di attenzione e iperattività.

ALTRE CARATTERISTICHE

Esistono altri particolari che permettono di individuare un bambino che presenta difficoltà di attenzione e iperattività, tra i quali ricordiamo:

1. **Precoce insorgenza dei sintomi principali.** La maggior parte delle persone che presentano un DDAI hanno cominciato a manifestare queste caratteristiche sin dalla prima infanzia (l'età media di segnalazione del problema avviene tra i 3 e i 4 anni), sebbene le difficoltà possano aumentare all'età di 6-7 anni, in coincidenza con l'ingresso nella scuola.
2. **Variazioni rispetto alla situazione specifica.** Le principali caratteristiche del DDAI hanno una notevole variabilità da una situazione all'altra: in particolare, nel rapporto uno-a-uno, in presenza di un adulto che controlla l'attività del bambino, le difficoltà si riducono notevolmente; lo stesso si verifica con attività nuove e interessanti. In situazioni poco strutturate, in cui il ragazzo è inserito in un gruppo di persone per svolgere attività ripetitive e prolungate nel tempo, le prestazioni sono decisamente insoddisfacenti.
3. **Mantenimento nel tempo delle caratteristiche comportamentali.** È frequente che i bambini con DDAI continuino ad avere queste manifestazioni anche in età adolescenziale e adulta, soprattutto se non usufruiscono di alcun intervento psicologico che li aiuti a controllare i propri comportamenti e a regolare il proprio livello di attività.

INCIDENZA E ORIGINE DEL DDAI

Si stima che le difficoltà di attenzione e iperattività interessino circa il 5% - 7% della popolazione in età scolare, con un rapporto tra i sessi di 4 maschi ogni femmina. La natura del disturbo ha una componente biologica innata, con forti caratteristiche ereditarie, e una di tipo educativo - ambientale. L'ipotesi più accreditata è che un bambino nasca già con una predisposizione a sviluppare i comportamenti tipici del DDAI la cui gravità dipende dalla situazione ambientale in cui l'individuo vive. A volte, un'educazione variabile, che non consenta di acquisire dei "punti fermi" nella propria vita, non aiuta il bambino (che già possiede un patrimonio biologico poco regolato) a imparare ad autocontrollare i propri comportamenti. Pertanto, da un lato i genitori non devono sentirsi in colpa per il particolare comportamento manifestato dal proprio figlio (in quanto esiste una forte componente biologica), dall'altro sono in grado di poter modificare la situazione attuale, proprio perché la struttura dell'ambiente, soprattutto domestico, ha un forte impatto sulle manifestazioni comportamentali del bambino con difficoltà di attenzione e iperattività. L'evoluzione del disturbo è sicuramente migliore se il bambino e la famiglia vengono precocemente seguiti da un operatore clinico che insegni loro alcune tecniche per il controllo comportamentale.

I SINTOMI DEL DDAI

A. Presenza dei sintomi descritti o in 1) o in 2) o entrambi

1) Sei (o più) dei seguenti sintomi di disattenzione, presenti per almeno 6 mesi con una intensità che provoca disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

Disattenzione

- a. spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività.
- b. spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco
- c. spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente.
- d. spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni).
- e. spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività.
- f. spesso evita, prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa).
- g. spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., giocattoli, compiti di scuola, matite, libri, o strumenti).
- h. spesso è facilmente distratto da stimoli estranei.
- i. spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

2) Sei (o più) dei seguenti sintomi di iperattività-impulsività presenti per almeno 6 mesi con una intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

Iperattività

- a. spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia.
- b. spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto.
- c. spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo negli adolescenti o negli adulti, ciò può limitarsi a sentimenti soggettivi di irrequietezza).
- d. spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi ad attività divertimenti in modo tranquillo.
- e. è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato".
- f. spesso parla troppo.

Impulsività

- g. spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate.
- h. spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno.
- i. spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., si intromette nelle conversazioni o nei giochi).

B. Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età.

C. Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti (per es., a scuola, o al lavoro e a casa).

D. Deve esserci una evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

E. I sintomi non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, di Schizofrenia, o di un altro Disturbo Psicotico, e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale (per es., Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo Dissociativo, o Disturbo di Personalità).

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

Cagliari, 6-7 Marzo 2003

Documento finale

1. Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva caratterizzata da inattenzione impulsività e iperattività motoria. Sebbene in Italia, a tutt'oggi, non siano stati condotti studi epidemiologici che consentono 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. 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-RS, SCOD*) e le interviste diagnostiche (es. *Kiddie-SADS* e *PICS-IV*), 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 (p.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 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 ed 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 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 i 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 e' 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, etc.) 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 ed adolescenti con ADHD dovrebbe far riferimento a tali Centri, che dovranno prevedere in organico od 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 opportuna, 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 ed 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 4 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 intermedi 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 intermedi, 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 essere 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. E' 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) uno **Studio epidemiologico formale** che definisca la prevalenza ed 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 commercializzato.

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

- 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;
- 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 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.
- 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.

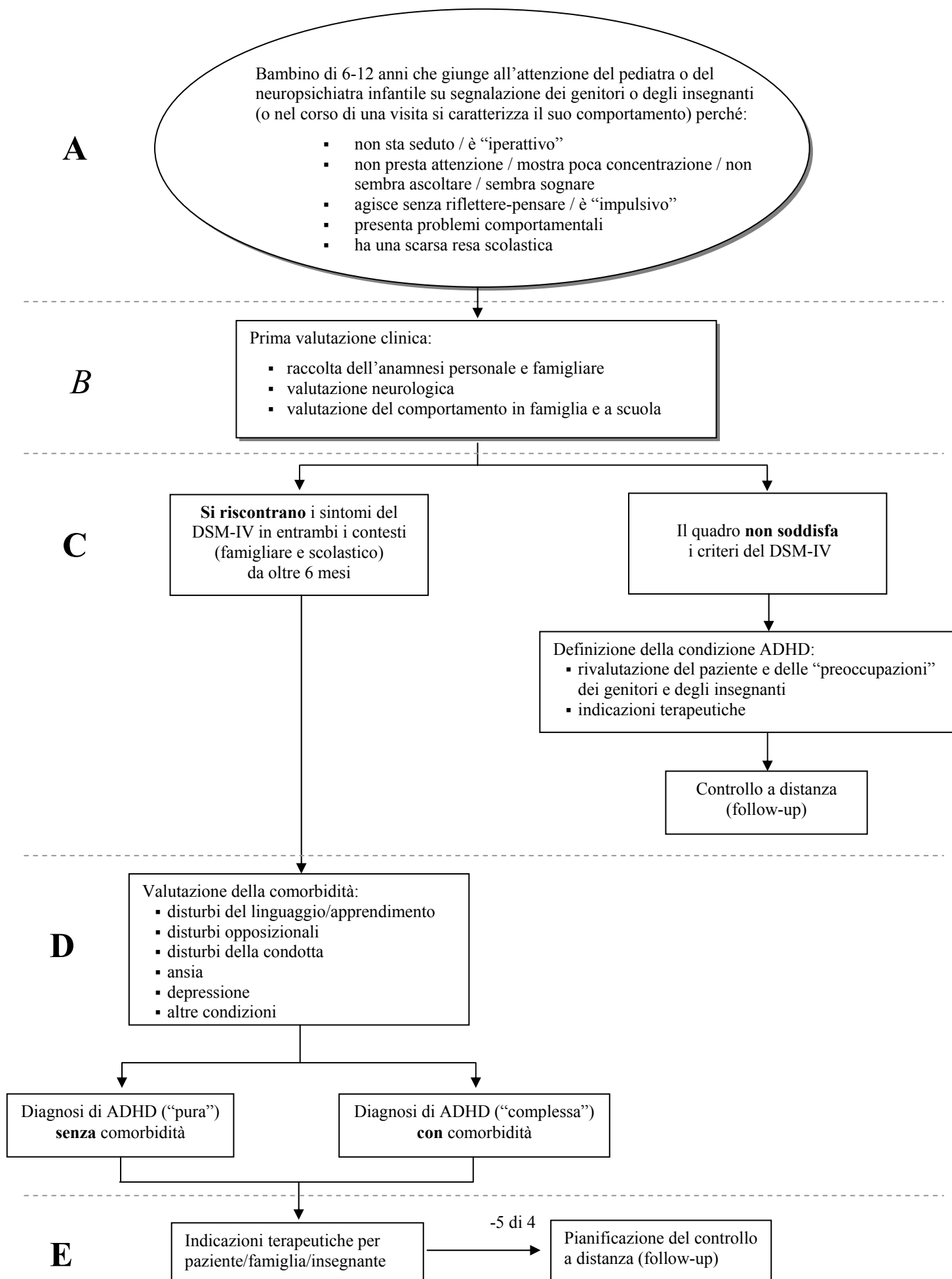
Hanno partecipato ai lavori conferenza ed alla stesura del presente documento finale:

Dante Besana, Maurizio Bonati, Carlo Calzone, Bernardo Carpinello, Carlo Cianchetti, 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 ed 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 Attenzione e Iperattività (AIDAI);
Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA);
Giunta del Collegio Nazionale Professori Ordinari di Neuropsichiatria Infantile.

Allegato 1. GRIGLIA/ALGORITMO per la DIAGNOSI e la VALUTAZIONE dell'ADHD



Allegato 2. Effetti indesiderati (alcuni rari) associati al trattamento con metilfenidato

- ***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.
-