

Quante volte abbiamo dovuto fare i conti con bambini ingestibili, in movimento continuo come caricati dentro da un motorino sempre acceso, che saltano, corrono, si dimenano e ne combinano di tutti i colori, sotto gli occhi imbarazzati e impotenti dei genitori che non sanno come controllarli. Tante volte abbiamo pensato si trattasse di semplice vivacità, monelleria, capriccio o forse maleducazione, ma mai di una malattia.

Oggi, invece, i dati di ricerca internazionale ci parlano di un disturbo psichiatrico grave, l'ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), uno tra i più comuni nei bambini e negli adolescenti, con una prevalenza mondiale stimata del 5,3 per cento. In Italia, nella fascia di età 6-18 anni, l'ADHD ha una prevalenza intorno all'1 per cento che corrisponde a circa 75.000 casi potenziali: di questi solo circa 3000 ricevono una diagnosi, a differenza di altri Paesi Europei come la Francia (circa 80.000) o la Spagna (circa 180.000).

La generale disinformazione, la difficoltà e il ritardo nella diagnosi, l'approccio banalizzante nei confronti di questo disturbo non consentono cure tempestive e adeguate e portano, invece, complicanze gravi con il passare del tempo, spesso irreversibili e letali. L'ADHD, infatti, se non diagnosticato e opportunamente trattato, può portare nell'adolescenza e nell'età adulta alla tossicodipendenza e all'alcolismo, oltre ad altre patologie psichiatriche. Per questo motivo è importante parlare di questa sindrome, capire da cosa origina, quali sono le cause e gli approcci terapeutici migliori per aiutare questi bambini a gestire la loro condizione patologica e a crescere in modo sano, come tutti gli altri bambini.

SINTOMI

Il primo step nella prevenzione dell'ADHD è come fare a identificare un bambino vivace da un bambino affetto da tale sindrome. L'ADHD è caratterizzata principalmente da disattenzione, impulsività e iperattività motoria: di conseguenza, questi bambini hanno difficoltà di concentrazione, si distraggono facilmente, hanno difficoltà a stare fermi e non sono in grado di controllare il loro comportamento impulsivo. Poiché molti bambini possono comportarsi, a volte, in questo modo, per parlare di ADHD è necessario che tali sintomi persistano



IL MIO BAMBINO HA L'ARGENTO VIVO

per almeno sei mesi, che si presentino in contesti diversi (scuola, casa, gioco), con modalità inappropriate rispetto ai coetanei e tali da compromettere la qualità di vita del bambino: il disturbo è presente quando è il disturbo stesso che disturba il bambino. Così assistiamo a bambini intelligenti, anche geniali, che vanno male a scuola o bambini socievoli che non hanno amici.

Già in età prescolare è possibile identificare comportamenti sospetti che possono allarmare il genitore e indurlo a sospettare un disturbo di questo tipo. Come nel caso di bambini che fanno capricci enormi, sfidano le regole e "durano" poco nel gioco. È nell'età scolare che il problema diviene più evidente e il bambino manifesta iperattività, distrazione continua, tendenza a non

controllare gli impulsi, senso costante di frustrazione, incapacità di prevedere il "dopo" delle proprie azioni.

Nonostante sia opinione diffusa pensare che l'ADHD sia solo un problema infantile, il disturbo colpisce circa il 2 per cento della popolazione adulta nel mondo. In Lombardia, ad esempio, nella fascia di età tra i 18 e i 25 anni, ci sono dai 21 ai 28 mila casi di persone con ADHD ai quali non viene riconosciuto il disturbo. Nessuno di loro, infatti, è in trattamento, anche perché i farmaci utilizzabili nell'infanzia e nell'adolescenza sono regolamentati per uso pediatrico e non sono quindi indicati per l'età adulta: le prescrizioni per gli adulti sono *outlabel* dopo i 18 anni di età, con notevoli rischi anche di natura legale per il medico prescrittore.

Non è semplice
vivacità ma
un disturbo organico
serio che va affrontato
e curato fin
dagli esordi,
cioè nell'infanzia,
per evitare
conseguenze
drammatiche in età
adulta. Parliamo
del disturbo
da deficit di attenzione
e iperattività

di Monica Faganello
farmacista

ADHD: COS'È

È un disturbo neurobiologico complesso, a forte componente genetica, a eziologia multifattoriale, nel quale la diagnosi rimane clinica. Il disturbo è cronico nel senso che non si risolve col passare degli anni ma tende a persistere, con evoluzione grave. Colpisce più i maschi delle femmine, con un rapporto di 4 a 1 tra i due sessi, e si è riscontrata anche una differenza nelle modalità in cui la malattia si manifesta nei due sessi.

L'ADHD non dipende dall'ambiente, né dal carattere del soggetto colpito ma da un deficit cerebrale che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali.

Il cervello umano matura seguendo una certa direzione che determina uno sviluppo progressivo delle varie aree cerebrali. Nei bambini affetti da ADHA si è riscontrato un ritardo nella maturazione corticale delle aree cerebrali che controllano l'inibizione e l'autocontrollo motorio, in particolare un difetto evolutivo che interessa la corteccia prefrontale e i nuclei o gangli di base. Si ipotizza che il disturbo possa anche essere originato in parte dallo squilibrio di neurotrasmettitori quali la dopamina e la noradrenalina.

L'ADHD può manifestarsi in modo eterogeneo, secondo la vastità dell'area coinvolta nel ritardo di maturazione, tanto che sono state individuate tre forme cliniche della sindrome: una "classica" caratterizzata da iperattività, impulsività e disturbo dell'attenzione, una meno frequente e più difficile da riconoscere in cui compare solamente il deficit di attenzione (molto frequente nelle femmine), una terza contraddistinta da iperattività e impulsività. Spesso (nell'85 per cento dei casi), accanto a queste tre forme, possono esserci altre caratterizzate dalla presenza contemporanea del disturbo con altri disturbi comportamentali secondari o psichiatrici: si parla di comorbidità.

Il cervello dei bimbi affetti da ADHD presenta una differenza sia di tipo qualitativo (funziona in modo differente) sia quantitativo rispetto a quello dei bimbi sani: infatti, è stato dimostrato essere volumetricamente inferiore (8 per cento) in alcune zone e tale differenza volumetrica è correlata alla gravità dei sintomi.

Come abbiamo già detto in precedenza, il disturbo ha un'eziologia prevalentemente genetica, legata all'alterazione di un gene tanto che gli studi stimano che l'80 per cento dei casi di ADHD abbia una natura ereditaria.

Oltre ai fattori genetici vi sono anche fattori ambientali (uso di alcool e fumo in gravidanza,

esposizione a piombo nella prima infanzia, nascita prematura) collegati all'ADHD. È realistico considerare che tale disturbo sia il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali.

EVOLUZIONE E CONSEGUENZE

Contrariamente a quanto si è soliti pensare, l'ADHD è una sindrome ad andamento cronico che non si risolve con la crescita, ma tende a persistere nelle diverse fasi della vita, modificandosi in intensità e manifestazioni.

Il 70-80 per cento dei bimbi con ADHD non trattato continua ad avere i sintomi da adolescente e più del 60 per cento li mantiene da adulto.

Dall'età infantile a quella adulta l'ADHD permane, in forma conclamata, in circa il 15 per cento dei pazienti e come presenza di sintomi minori nel 50 per cento, mentre la remissione totale del disturbo si stima solo nel 35 per cento dei casi. Per questo motivo l'intervento immediato, tramite una diagnosi precoce e terapie *ad hoc*, è fondamentale per evitare le complicanze nell'adolescenza e nell'età adulta quali tossicodipendenza, alcolismo, disturbi psicotici, grave disadattamento sociale e relazionale.

PAZIENTI CON ADHD NON TRATTATI: impatto negativo a lungo termine sulle attività della vita

istruzione: problemi di apprendimento, abbondano degli studi, basso rendimento, bocciature frequenti, maggiori sospensioni ed espulsioni, difficoltà d'inserimento sociale con i compagni, tasso di scolarizzazione inferiore, bassa probabilità di conseguire il diploma di laurea

lavoro: licenziamenti, disoccupazione, difficoltà organizzativa, cambio frequente di lavoro, lavori meno specializzati, senso d'incapacità; il 35 per cento entro i 30 anni lavora in proprio per difficoltà a socializzare e incapacità a sottostare alle regole; le iniziative lavorative personali culminano spesso in fallimenti in seguito alla difficoltà organizzativa e di concentrazione

comportamento: impulsività e aggressività che non può essere prevenuta. Nel 50 per cento dei casi, entro i 24 anni, hanno 3 condanne penali. Tendenza agli esordi precoci nell'abuso di droghe e alcool, gambling, criminalità, violenze sessuali

salute: esordi di disturbi bipolari con tendenza al suicidio nella fase depressiva, disturbi psicotici gravi, disturbi del sonno disturbi alimentari.

PROFILO DEI PAZIENTI ADULTI CON ADHD:

- > difficoltà a organizzarsi
- > senso d'incapacità, insuccesso e difficoltà a raggiungere gli obiettivi
- > procrastinazione cronica e difficoltà a cominciare
- > molti progetti portati avanti simultaneamente con difficoltà a seguirli tutti
- > impulsività nella comunicazione (es. dire la prima cosa che viene in mente senza filtrare) e nei comportamenti (es. regalare, prestare, spendere denaro facilmente)
- > intolleranza alla noia e allo stress
- > tendenza a vagare con la mente anche (e soprattutto) quando un interlocutore gli parla e facile distraibilità
- > impazienti, con una bassa tolleranza alle frustrazioni
- > tendenza a preoccuparsi senza motivo e senza fine. Spesso cercano appositamente motivi di preoccupazione
- > insicurezza / Problemi cronici di bassa autostima
- > difficoltà ad auto valutarsi
- > labilità emotiva e affettiva
- > tendenza a cadere nelle dipendenze
- > aggressività e impulsività difficilmente prevedibile.

DIAGNOSI

La diagnosi di ADHD deve essere condotta da specialisti della salute mentale dell'età evolutiva, con specifiche competenze nella diagnosi e terapia dell'ADHD e in altri disturbi che possono mimare i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi a esso (comorbidità). Tale valutazione è molto complessa e il bambino va osservato più volte e in contesti differenti e deve sempre coinvolgere oltre al bambino o all'adolescente, i suoi genitori e gli insegnanti. Devono essere raccolte, da fonti diverse, informazioni sul comportamento e devono essere sempre considerati sia i fattori culturali sia l'ambiente di vita. In Italia la diagnosi viene effettuata dal neuropsichiatra infantile o dallo psichiatra nell'adulto. Poiché le conoscenze in quest'ambito sono ancora scarse e vi è una grande complessità dei criteri diagnostici, la diagnosi risulta ancora molto difficile e spesso tardiva, con compromissione sul vissuto scolastico del bambino e difficoltà di recupero. Fatta la diagnosi è necessario attuare una terapia in tempi quanto più rapidi possibili. Poi-

ché si tratta di una malattia cronica, le terapie hanno lo scopo di gestire la sintomatologia e migliorare il benessere globale del bambino, migliorando in primis le relazioni con i genitori, i fratelli, gli insegnanti, gli amici.

Non esiste un unico trattamento per tutti ma trattamenti che vanno adattati al singolo paziente. Si utilizza quindi un "approccio multimodale" che prevede terapia comportamentale e/o psicologica cui può essere associata una terapia farmacologica, se necessaria.

Oggi le neuroscienze hanno dimostrato che la psicoterapia svolge un'azione biologica analoga rispetto ai trattamenti farmacologici, poiché riesce a modificare la quantità di recettori a livello della corteccia prefrontale. L'approccio psicoeducativo ha la capacità di agire sui geni del bambino, riducendo i deficit genetici che sono frequente causa di tale disturbo.

In genere, un terzo dei bambini risponde positivamente al trattamento cognitivo-comportamentale, mentre la maggior parte risponde al trattamento farmacologico.

L'evidenza clinica ha dimostrato che la terapia farmacologica in combinazione con terapie comportamentali ha dato risultati di efficacia molto importanti per cui l'approccio multimodale rimane la soluzione più appropriata nei casi di pazienti affetti da ADHD non rispondenti ai soli trattamenti comportamentali.

TRATTAMENTI

**Terapia psicologico-comportamentale
Interventi psicologici**

Mirano a migliorare le attività quotidiane dei pazienti: il loro comportamento, le loro relazioni con famiglia, amici e coetanei. Gli interventi psicologici possono essere utilizzati per: limitare comportamenti difficili, stimolare il senso di autostima e di realizzazione, ridurre la frustrazione dei membri della famiglia, dei caregiver e delle altre persone con cui interagiscono i pazienti.

Approcci comportamentali

Le terapie cognitivo-comportamentale (CBT) mirano a migliorare il comportamento motorio, la disattenzione e l'impulsività. Includono: **Terapia comportamentale* basata sul premiare un bambino per un comportamento corretto e rimproverarlo per uno scorretto. **Parent training* prevede di insegnare ai genitori come utilizzare le tecniche di terapia comportamentale con il loro bambino. Si propone di insegnare i principi della gestione del comportamento del bambino stesso, aumentare la competenza e la fiducia dei genitori nell'educazione dei figli per migliorare la relazione tra di essi, utilizzando una buona comunicazione e un'attenzione positiva. In Italia l'Associazione pazienti ALFA Onlus (Associazione Italiana Famiglie ADHD) ha promosso iniziative che prevedono incontri di gruppo in cui si affrontano le tematiche più complesse della gestione dei figli e si propongono strategie specifiche di comportamento con l'obiettivo di modificare gli aspetti più problematici.

**Terapia cognitiva* prevede l'aiuto del paziente a sviluppare un modo di pensare e comportarsi più attento, imparando ad adottare un approccio più riflessivo, sistematico e orientato all'obiettivo per le attività e le risoluzioni dei problemi.

Social Skill Training

Insegna la capacità d'interazione sociale, come il contatto visivo, il sorriso, la postura del

corpo, utilizzando tecniche che vanno dagli approcci cognitivi a quelli comportamentali. In aggiunta al social skill training, sono stati sviluppati approcci di problem solving riguardanti la capacità del bambino o del giovane di autoregolarsi e di far fronte allo stress.

Terapia familiare

Mira a modificare le modalità di funzionamento della famiglia. Esistono tre modelli differenti:

Terapia familiare strutturale parte dal presupposto che tutte le famiglie "ben funzionanti" abbiano una gerarchia con distinti ruoli e confini. L'obiettivo è quello di affrontare il funzionamento della stessa e i difficili rapporti interpersonali;

Terapia familiare strategica si basa sulla considerazione che le difficoltà derivino da ripetuti modelli di comunicazione familiare disfunzionali;

Terapia breve orientata alla soluzione, si concentra sui tempi nei quali i problemi non sono così evidenti, al fine di esaminare cosa c'è di diverso tra queste interazioni e dimostrare che la famiglia possiede già la soluzione.

Insegnamento di sostegno

Poiché la scuola è spesso il luogo in cui le sfide poste dai bambini affetti da ADHD vengono raccolte per la prima volta, il ruolo congiunto di genitori e insegnanti diviene cruciale. Un esempio di risorsa di sostegno all'insegnamento è l'*ADHD Partnership Support Pack**, un toolkit essenziale per genitori-insegnanti, a breve disponibile, in grado di fornire loro le principali informazioni di cui necessitano in modo chiaro, semplice con strumenti (come le linee guida di discussione) che permettono di aiutare i bambini con ADHD nel percorso scolastico.

Terapia farmacologica

I farmaci devono essere somministrati a bambini e adolescenti con ADHD come parte di un piano di trattamento completo, che comprende interventi di consulenza psicologica ed educativa. Per la maggior parte dei bambini, i farmaci per l'ADHD sono efficaci nella gestione dei sintomi e forniscono il loro miglior contributo quando, grazie all'aggiustamento di dosaggio, si riesce ad ottenere un

controllo ottimale del disturbo, riducendo al minimo gli eventi avversi. Ogni soggetto, poi, risponde in modo differente ai trattamenti farmacologici per l'ADHD. Per questo motivo avere diverse opzioni di trattamento per l'ADHD, che includono gli stimolanti (metilfenidato e anfetamine) e i non-stimolanti, è molto importante perché significa che i medici possono ricorrere a un approccio terapeutico personalizzato centrato sull'individuo e scegliere il giusto trattamento nei giusti tempi per il proprio paziente.

Farmaci stimolanti

Più comunemente prescritti, migliorano la disponibilità di due neurotrasmettitori e contribuiscono a correggere un presunto squilibrio chimico nel cervello. Riducono i sintomi quali disattenzione, impulsività e iperattività e migliorano il coordinamento fisico e la capacità di concentrarsi, di lavorare e di apprendere.

Sono efficaci nel trattamento della patologia nei bambini e negli adulti.

I bambini con diagnosi precoce ed efficace trattamento attraverso questi farmaci hanno meno probabilità di sviluppare problemi di abuso di sostanze, se confrontati con bambini ADHD non trattati. I più comuni eventi avversi dei farmaci stimolanti sono nervosismo, mal di testa e insonnia.

Farmaci non stimolanti

I farmaci non-stimolanti (atomoxetina) sono una valida alternativa per i pazienti ADHD che non rispondono o non tollerano un trattamento con gli stimolanti.

Si ritiene che operino attraverso un incremento della produzione di noradrenalina, aumentando la durata dell'attenzione e riducendo il comportamento impulsivo e l'iperattività.

I non-stimolanti presentano alcuni vantaggi rispetto a diversi stimolanti utilizzati per l'ADHD:

non causano agitazione o insonnia; non sono sostanze controllate.

I più comuni eventi avversi dei non-stimolanti sono la mancanza di appetito, mal di testa, dolore addominale, vomito, sonnolenza e nausea.

Terapia combinata

Combinando l'approccio farmacologico e psicologico si possono ottenere i vantaggi di en-

trambe le terapie con un effetto immediato sui sintomi dell'ADHD tramite i farmaci e un effetto a più lungo termine con strategie per lo sviluppo delle abilità comportamentali e cognitive.

CONCLUSIONI

In Italia, purtroppo, vi è ancora una sottodiagnosi del disturbo, i casi più severi non vengono riconosciuti e, rispetto agli altri Paesi Europei, si usa poco il trattamento farmacologico e più quello comportamentale.

L'Italia però è stato il primo Paese a istituire "Il Registro Nazionale ADHD" al fine di evitare abusi o usi incongrui dei farmaci sui bimbi affetti da ADHD.

Il Registro Nazionale ADHD è un sistema di monitoraggio e di controllo attivato a fine aprile 2007 da parte del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha lo scopo di garantire accuratezza diagnostica e appropriatezza terapeutica per l'ADHD. La prescrizione di una terapia farmacologica è vincolata alla registrazione del paziente nel Registro Nazionale.

Il Registro prevede che i bambini con manifestazioni indicative di ADHD siano inviati dai propri pediatri, dai medici o dagli psicologi scolastici, dagli insegnanti o dal Consultorio familiare, ai Centri di riferimento regionale che dovranno elaborare la diagnosi e valutare il migliore approccio terapeutico possibile.

In Italia sono accreditati circa 110 Centri di Riferimento regionali dove è possibile ricevere una diagnosi eseguita da uno staff di esperti composto da neuropsichiatra infantile, pediatra, psicologo, pedagogo/assistenti sociali.

A oggi, però, dopo oltre 4 anni di attività, soltanto 2.400 bambini o adolescenti sono iscritti nel Registro Nazionale ADHD. Questo dato è fortemente indicativo di quanti bambini ancora non ricevano una diagnosi e di quanti genitori siano alla ricerca di un valido aiuto alla sofferenza dei loro piccoli.

Per aiutarli è fondamentale informare in modo autorevole e parlare con scientifica cognizione di questa sindrome, così che l'ADHD non sia più banalizzato e sottostimato e vengano rimossi tutti i pregiudizi a riguardo.