

Che cos'è l'ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)?

La Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività è una patologia neuropsichiatrica che insorge nei bambini in età evolutiva. L'ADHD consiste in un disturbo dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato da iperattività, impulsività, incapacità a concentrarsi che si manifesta generalmente prima dei 7 anni d'età. La sindrome è stata descritta clinicamente e definita nei criteri diagnostici e terapeutici soprattutto dagli psichiatri e pediatri statunitensi nel "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", il manuale pubblicato dalla American Psychiatric Association (APA 1994) utilizzato come referenza psichiatrica a livello internazionale (DSM-IV).

Quali sono i sintomi?

Secondo il DSM-IV (1), l'ADHD è caratterizzato da due gruppi di sintomi definibili come inattenzione e impulsività/iperattività.

L'inattenzione (o facile distraibilità) si manifesta come scarsa cura per i dettagli ed incapacità a portare a termine le attività intraprese: i bambini sono costantemente distratti, evitano di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari o capacità organizzative, perdono frequentemente oggetti o si dimenticano di attività importanti. L'impulsività invece si manifesta come impossibilità ad organizzare azioni complesse con tendenza al cambiamento rapido da una attività all'altra e difficoltà ad aspettare il proprio turno nel gioco o in situazioni di gruppo. L'impulsività è a volte associata all'iperattività: questi bambini hanno difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei, a scuola trovano spesso difficile rimanere seduti. Tali sintomi sono causati da difficoltà nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.

(1) American Psychiatric Association, Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric association. 1994

Come viene fatta diagnosi di ADHD?

Non esiste un unico esame diagnostico. Una diagnosi adeguata necessita di un'indagine di tipo medico, neuro-psicologico, educativo e sociale e si deve basare su un'anamnesi e una valutazione completa del bambino e non solo sulla presenza di uno o più dei sintomi.

La diagnosi di ADHD si basa sulla classificazione del DSM-IV o sulla classificazione dell'ICD-10 (International Classification of Diseases) dell'OMS. Per una valutazione accurata del bambino, la diagnosi deve essere effettuata da specialisti della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi o che possono associarsi ad esso. E' estremamente importante che il processo di valutazione, condotto dai medici specialisti, raccolga le informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino da fonti multiple attraverso le interviste/colloqui con genitori, parenti, insegnanti o altre persone che interagiscono con il bambino, al fine di escludere altre cause psichiatriche o ambientali che possono eventualmente giustificare la sintomatologia clinica. Già a partire dal percorso diagnostico, è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino. Devono essere sempre considerati i fattori culturali e l'ambiente di vita.

L'eventuale trattamento farmacologico deve rientrare in un idoneo programma educativo con intervento psicosociale. Nei casi in cui le sole misure psico-comportamentali si dimostrano insufficienti, la decisione di prescrivere un farmaco si deve basare su una rigorosa valutazione della gravità dei sintomi del bambino.

Con quali altri termini è noto l'ADHD?

L'ADHD era noto in precedenza come sindrome dei disturbi dell'attenzione o disfunzione cerebrale minima. Altri termini usati per descrivere questa sindrome comportamentale includevano: disordine ipercinetico, danno cerebrale minimo, disfunzione cerebrale minima, disfunzione cerebrale secondaria e sindrome psico-organica nei bambini. Alcuni sinonimi:

- Hyperkinetic Syndrome (HKS)
- Hyperkinetic Disorder
- Psycho Organic Syndrome (POS)
- Attention Deficit Disorder (ADD)
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD, ADDH)
- Attention Deficit Syndrome (ADS)
- Minimal Cerebral Dysfunction (MCD)
- Minimal Brain Dysfunction (MBD)

Qual è la prevalenza dell'ADHD?

A seconda degli studi, si hanno valori di prevalenza che oscillano tra il 4% e il 12%. La prevalenza tra i maschi è tre volte più alta che nelle femmine: 9.2% (95% Confidence Interval:5.8-13.6%) versus 3% (95% Confidence Interval:1.9-4.5%).

In Italia, uno studio (2) condotto in due regioni del centro su un campione di 232 bambini ha evidenziato una prevalenza del 3.6%, in base alla presenza di almeno 8 criteri maggiori del DSM-III-R. Lo studio, condotto nelle scuole di Firenze e Perugia, nel 1993, ha individuato 9 casi su 250 bambini esaminati. Lo studio del 1998, con i pediatri della città di Torino, ha dato una prevalenza del 2,52%. In questo caso la popolazione era di 47,781 assistiti e sono stati individuati 1.203 casi. Uno studio del 2002, in Friuli Venezia Giulia, su 64.800 bambini è risultato suggestivo per ADHD in 280 casi con una prevalenza dello 0,43%. A Roma sono stati condotti due studi, nel 1999 e nel 2003. Nel primo la prevalenza è stata del 1,51% (12 casi su 794 bambini esaminati), nel secondo la prevalenza è stata dello 0,91% (23 casi su 2.511 bambini). Questi due studi sono stati condotti dai pediatri di libera scelta. Lo studio di Cesena del 2003, condotto dai Servizi territoriali su una popolazione di 11.980 soggetti di età compresa tra 7 e 14 anni, ha dato una prevalenza di ADHD del 1.1% (131 casi).

(2) Gallucci F, Bird HR, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberg A. *Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:1051-1058.*

Quali sono le cause e la fisiopatologia dell'ADHD?

L'eziologia di questa sindrome non è ancora ben definita. La maggior parte degli studi (3-5) ha dimostrato che l'ADHD è correlata a disturbi della neurotrasmissione (dopamina e, più marginalmente, noradrenalina). Studi delle *neuroimmagini* hanno dimostrato che nei pazienti affetti da ADHD alcune aree del cervello sono di dimensioni ridotte e altre più sviluppate del normale. In uno di questi studi si è evidenziato che i parametri presi in considerazione si erano normalizzati nei bambini sottoposti a trattamento sia farmacologico che psico-comportamentale rispetto a quelli che non avevano ricevuto nessun tipo di trattamento. Ulteriori studi hanno dimostrato che l'ADHD ha una componente genetica, anche se non è chiaro come avvenga la trasmissione dei fattori genetici ed il loro peso nell'insorgenza del disturbo.

(3) Castellanos, Xavier. *Approaching a Scientific Understanding of What Happens in the Brain in ADHD. Attention!® Magazine; 4(1): 30.*

(4) Wilens, Timothy. *Straight Talk about Psychiatric Medications for Kids. The Guilford Press. New York, NY. 1999. P. 137.*

(5) Elia, J. M.D., et al. *Treatment of Attention - Deficit - Hyperactivity Disorder. New England Journal of Medicine. March 11, 1999; 340(10): 787.*

Come e quando si tratta l'ADHD (6)?

Circa due terzi dei bambini con ADHD presentano associazione con sintomi di altri disturbi mentali o manifestazioni di disagio sociale e ambientale; è quindi necessaria una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga ad un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso dagli operatori di diverse discipline (Neuropsichiatra, Psicologo, Pediatra, Logopedista, Sociologo).

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 l'autonomia e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.

Il trattamento farmacologico deve rientrare in un programma globale di trattamento che comprende misure terapeutiche di tipo psicologico, educativo e sociale e mira a stabilizzare i bambini che presentano una sindrome comportamentale caratterizzata da distrazione di grado da moderato a severo, capacità di attenzione limitata nel tempo, iperattività, labilità emotiva e impulsività. 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.

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 la famiglia o il soggetto preferiscono non usare i farmaci. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.

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.

Il metilfenidato è lo strumento farmacologico di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD. Il metilfenidato risulta essere efficace in circa i due terzi dei soggetti trattati.

(6) *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, Prof. Alessandro Zuddas, Centro per lo studio delle terapie farmacologiche in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Università di Cagliari; Dott. Maurizio Bonati, Laboratorio per la salute materno-infantile Istituto Mario Negri.*

Se non trattato, cosa può succedere ad un bambino affetto da ADHD (7-9)?

L'ADHD è un disturbo duraturo ma non permanente con un picco di prevalenza in età scolare. Tuttavia, se non trattato, il disturbo può compromettere numerose aree dello sviluppo psichico e sociale del bambino, predisponendolo ad altre patologie psichiatriche e/o disagio sociale nelle successive età della vita come depressione, alcolismo, tossicodipendenza, disturbo antisociale della personalità.

(7) *National Institute of Mental Health, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Questions & Answers. (<http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhdqa.cfm>)*

(8) *Dulcan, M. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. Supplement, October 1997; 36 (10) 855-1215.*

(9) *Manuzza, S. Adult Outcome of Hyperactive Boys. Arch. Gen. Psychiatry. July 1993; 50: 565-576.*

L'ADHD è una patologia che colpisce esclusivamente i bambini?

Non esistono dati accurati sulla prevalenza dell'ADHD nella popolazione generale adulta. Dal 50 al 65% dei bambini affetti da ADHD in età scolastica presentano il disturbo permanente fino all'età adulta. L'ADHD quindi, esordisce in età pediatrica ma può permanere nell'adulto.

Cenni storici su ADHD: quando è stata riconosciuta/diagnosticata (10-11)?

Nel 1902 il Dott. George Still ha descritto per primo i sintomi dell'ADHD in una serie di articoli pubblicati su Lancet, ma studi e ricerche di approfondimento in materia sono iniziati a metà degli anni '40. In questi anni infatti apparvero le prime pubblicazioni sul trattamento di bambini iperattivi che riportarono l'efficacia delle amfetamine nel ridurre tali sintomi. I comportamenti iperattivi in questione erano classificati a quel tempo come Minimal Brain Dysfunction (MBD) (il Metilfenidato infatti fu approvato dall'FDA come trattamento efficace del MBD). Tale denominazione durerà fino al 1980 quando il MBD verrà rinominato "ADD - Attention Deficit Disorder" e subito dopo ADHD nel DSM-III. Le continue modifiche nelle definizioni e nei rispettivi criteri diagnostici, hanno causato incertezze classificative con conseguenti differenze nazionali nell'epidemiologia del disturbo e nella definizione delle strategie terapeutiche. Sulla base delle evidenze scientifiche acquisite è oggi giustificata la definizione di disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base.

(10) *Swanson J.M., Sergeant J.A., Attention- Deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351, 429-433*

(11) *Swanson J.M., Castellanos F.K Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder. Curr. Op. Neurobiology 1998; 8, 263-271*