

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VIII

Febbraio 2005

numero 2

PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

Difetto di attenzione- iperattività

di G.Bartolozzi

Nessun'altra malattia del bambino ha attirato tanto l'attenzione dei pediatri e poche altre malattie sono state oggetto di continue discussioni fra neuropsichiatri infantili e pediatri, come il difetto di attenzione-iperattività

La possibilità di trattamento farmacologico, diffusa in tutto il mondo, trova difficoltà a essere riconosciuta nel nostro Paese.

Una recente revisione della malattia offre l'occasione per rivedere le diverse posizioni (MD Rappley. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 2005, 352:165-73).

Nonostante la frequenza dell'affezione, in Italia la conoscenza del DAI è molto limitata, soprattutto fra i pediatri: le difficoltà che si incontrano nel seguire e nel trattare questi bambini è anche legata al fatto che alcuni farmaci (metilfenidato), ritenuti essenziali per la cura, sono inespugnabilmente assenti nelle nostre farmacie. Esempio a questo riguardo la lettera di una madre, riportata dal dottor Gallucci in una sua pubblicazione (Gallucci F. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, *Prospett Pediatr* 29:121-30, 1999).

18 marzo 1998

Sono la mamma di un bambino nato a Toronto nel 1988. Alessio parla tre lingue, è un bambino vivace, creativissimo, divertente, intelligente, molto organizzato e pieno di voglia di fare. Da quando ha cominciato a scrivere (in inglese) abbiamo notato un problema di disgrafia, ma purtroppo si credeva che fosse una cosa che sarebbe andata via con l'età. Solo a solo con le maestre era uno dei più intelligenti della classe, ma in gruppo diventava iperattivo e perdeva il controllo delle sue azioni, a volte diventava anche pericoloso per se stesso e per gli altri. Lui ne soffriva moltissimo. A metà della terza elementare si vedeva che aveva gravissimi problemi tanto con la grafia che con l'ortografia. E' stata diagnosticata una sindrome ADHD (sindrome da deficit di attenzione/iperattività) e ha cominciato a prendere il farmaco Ritalin: la sua vita è cambiata. La grafia è migliorata, il suo comportamento di gruppo

è cambiato e lui è diventato molto più sicuro di se stesso, e la sua fantasia e la sua grande creatività hanno potuto fiorire non solo a casa. Verso la fine dell'anno scolastico le maestre erano totalmente convinte che Alessandro fosse quasi un genio, quando fino a Natale si parlava soltanto di "gravi disturbi del comportamento".

Siamo arrivati in Italia all'inizio della quarta elementare. Qui in Italia il Ritalin è una sostanza proibita e perciò Alessio ha dovuto affrontare la quarta senza. Noi genitori, pensavamo che se in Italia questa sostanza non veniva prescritta voleva dire che c'erano altri modi di aiutare Alessio, perché certamente non era l'unico caso. E' stato un anno drammatico dal punto di vista scolastico e del comportamento fino all'intervento della preside, di un neuropsichiatra e di uno psicologo che sono arrivati alla conclusione che Alessio a casa viveva una situazione di disagio e forse anche che il papà lo picchiava, anche se non voleva ammetterlo. A questo punto abbiamo detto: "BASTA"; abbiamo parlato con il pediatra in Canada, che ci ha fatto arrivare il farmaco qui. Alessio ha ripreso stima di se stesso. Sta ripetendo la quarta (che comunque la prima volta aveva passato "appoggiato" ad altre classi di terza e di quinta perché non poteva seguire il programma). Ha "distinto" in tutte le materie ed è il solito piccolo "genio" creativo e di buon umore che conosciamo noi, orgoglioso di se stesso e le maestre non fanno che cantare i suoi meriti. A parte un problema di disortografia e dislessia che stiamo affrontando con i terapeuti.

Una mamma preoccupata

Il disordine, difetto di attenzione-iperattività (ADHD), è caratterizzato da incapacità a manifestare e mantenere attenzione, a modulare il livello di attività e a moderare le azioni impulsive. Ne risultano comportamenti poco adattivi, che sono in contraddizione con l'età e il livello di sviluppo. Prove, ricavate dagli studi neuropsicologici, farmacologici e da studi delle immagini cerebrali, riguardano i sistemi dei neurotrasmettitori, dopamina e noradrenalina, del circuito fronto-striato nella fisiopatologia del disordine. Fattori genetici sembrano giocare un ruolo importante. Peso alla nascita estremamente basso (meno di 1.000 grammi) e condizioni ambientali, come traumi cranici ed esposizione al piombo, possono essere associati alla ADHD.

La diagnosi richiede prove di disattenzione o iperattività e impulsività o ambedue	
Disattenzione	- 6 o più dei seguenti sintomi di disattenzione persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che porti a disadattamento e contrasti con il livello di sviluppo

	a. Non presta attenzione ai dettagli e commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività b. Ha difficoltà a mantenere una stretta attenzione sui compiti e sulle attività di gioco c. Non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente d. Non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici e le incombenze (non a causa di comportamento oppositivo o d'incapacità di capire le istruzioni) e. Ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività f. Evita o prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedano uno sforzo mentale protratto g. Perde gli oggetti necessari per i compiti e le attività (giocattoli, compiti di scuola, libri, matite o strumenti) h) E' facilmente distratto da stimoli estranei i) E' smemorato nelle attività quotidiane
Iperattività e impulsività	<i>- 6 o più sintomi d'iperattività-impulsività sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che porti a disadattamento e contrasti con il livello di sviluppo</i>
	a) Spesso si muove con irrequietezza b) Spesso si alza dalla sedia in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta resti seduto c) Corre e salta in modo eccessivo, in situazioni in cui ciò è fuor di luogo e si arrampica dappertutto d) Ha difficoltà a giocare o dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo e) E' sempre "sotto pressione" o agisce come fosse "gasato" f) Parla troppo g) "Spara" le risposte prima che le domande siano state completate h) Spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno i) Spesso interrompe e s'intromette
Sintomi che causano difficoltà	a) Sono presenti prima dei 7 anni b) Sono presenti in due o più luoghi (a casa a scuola, al lavoro) c) Non avvengono esclusivamente nel corso di un disordine pervasivo dello sviluppo, come la schizofrenia o un altro disordine psichiatrico d) Non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come un'alterazione dell'umore o la presenza di ansietà.
Sintomi	

causano difficoltà

a) Sono presenti prima dei 7 anni

b) Sono presenti in due o più luoghi (a casa a scuola, al lavoro)

c) Non avvengono esclusivamente nel corso di un disordine pervasivo dello sviluppo, come la schizofrenia o un altro disordine psichiatrico

d) Non sono meglio giustificati da un altro disturbo mentale, come un'alterazione dell'umore o la presenza di ansietà.

Nonostante numerosissime ricerche, la causa del DAI non è stata ancora completamente chiarita. Anche se sono state ipotizzate alterazioni dei meccanismi dopaminergici, noradrenergici e serotoninergici non è stato ancora trovato un preciso modello biologico. Grazie alle neuroimmagini è stato dimostrato che i bambini con DAI hanno aspetti diversi anatomici e funzionali di alcune strutture cerebrali (risultano ridotti di circa il 10% la corteccia prefrontale destra e due gangli della base, il nucleo caudato e il *globus pallidus*), in particolare del circuito prefrontale-striato-talamocorticale.

Alcuni sintomi del DAI sono già presenti prima dei 7 anni: ma il riconoscimento del quadro viene posto solo quando i sintomi e i segni sono già presenti da molti anni. Un certo grado di

compromissione del rendimento scolastico e dell'inserimento sociale è già presente in soggetti con DIA al momento del riconoscimento del quadro.

Ladisattenzione è la manifestazione che si evidenzia in molte attività scolastiche, per cui il bambino non riesce a prestare attenzione ai particolari e commette continuamente errori nei compiti di qualsiasi tipo e materia. L'attività della scuola è svolta in modo disordinato, senza cura e senza riflessione. Non solo il bambino non riesce a mantenere l'attenzione sui compiti scolastici, ma la sua disattenzione interessa anche le attività di gioco, per cui non riesce a terminare né compiti né giochi. Sembra quasi che la sua mente sia altrove o che non ascolti o non abbia sentito quanto è stato appena detto loro.

E' inoltre caratteristico il **passaggio quasi frenetico da un'attività a un'altra**, senza completarne nessuna. Questi soggetti non soddisfano le richieste e non riescono a seguire le istruzioni; manca loro la capacità nell'organizzarsi per svolgere compiti scolastici e attività ludiche. I compiti che richiedono un ragionamento e uno sforzo mentale vengono avvertiti come spiacevoli e vengono notevolmente avversati. La loro disorganizzazione arriva a un punto tale che gli oggetti e il materiale necessario per lo svolgimento del compito viene disperso o maneggiato senza cura e perfino viene

inavvertitamente danneggiato. I bambini con questi disturbi sono facilmente distratti da stimoli irrilevanti e spesso interrompono l'esecuzione di un compito per prestare attenzione a rumori senza importanza o a eventi che di solito sono assolutamente ignorati da altri. Sono sbadati anche nelle attività normali della giornata, non portano a scuola i libri necessari, non portano la merenda o mancano completamente gli appuntamenti. Nella relazione con gli altri bambini, la loro profonda disattenzione può essere espressa dal fatto che essi cambiano spesso giochi, non ascoltano gli altri e non seguono le comuni regole del gioco e delle attività sportive.

L'altro aspetto, essenziale, della DIA è rappresentato dall'**iperattività**. I bambini si agitano e si muovono in modo sconsiderato sulla propria sedia o corrono in modo sfrenato o montano su sedie e poltrone, per arrampicarsi su qualsiasi mobile che fornisca loro un appiglio. A parte la distrazione, anche l'iperattività impedisce loro di giocare normalmente o di dedicarsi ad attività di tempo libero: sembrano straordinariamente eccitati, sempre "sotto pressione". Parlano sempre troppo, con un eloquio prorompente e disordinato. Le manifestazioni dell'iperattività variano con l'età del soggetto e col suo livello di sviluppo.

Il riconoscimento della DIA è tanto più facile quanto più avanzata è l'età del bambino; infatti fra i bambini del secondo terzo anno si ritrovano alcuni bambini che si muovono continuamente e sono sempre "tra i piedi", per cui è spesso difficile individuare i soggetti con DIA: il riconoscimento può essere reso più facile dal fatto che questi ultimi, mentre viene detta loro una favola, non stanno attenti ad ascoltarla e di continuo disturbano gli altri bambini all'asilo nido e alla scuola materna. Il bambino in età scolare con DIA, mentre è nell'aula, trova difficoltà a stare seduto, si alza frequentemente senza alcuna ragione, giocherella di continuo con oggetti, facendo rumore, batte con le dita delle mani sul banco, agita braccia e gambe, non trova pace e disturba di continuo la scolaresca.

Accanto alla disattenzione e all'iperattività, un altro aspetto frequente della malattia è l'**impulsività**, che si manifesta con l'impazienza, con la difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni, "sparando" le risposte, ancor prima che le domande siano state completate. Questi bambini hanno difficoltà ad attendere il proprio turno, interrompono spesso gli altri e s'intromettono nelle attività e nei fatti altrui. L'impulsività può essere causa d'incidenti, come far cadere gli oggetti, sbattere contro altre persone o contro gli stipiti delle porte, toccare un ferro rovente, senza riflettere sulla possibilità di scottarsi, andare in bicicletta o in motorino in terreni accidentati.

I sintomi del DIA peggiorano in situazioni che richiedano attenzione e concentrazione mentale protratte, ma anche in condizioni che presentino pochi aspetti di novità (stare attenti allo stesso insegnante, fare i compiti in classe, ascoltare o leggere brani di più di una pagina, lavorare o giocare con compiti ripetitivi e monotoni). D'altra parte i sintomi e i segni possono divenire minori o assenti quando il bambino è sotto uno stretto controllo, in un ambiente nuovo, come lo studio del medico (in un colloquio a due) o quando il bambino venga ricompensato largamente se si comporti in modo adeguato. Le manifestazioni è più probabile che compaia-

no in situazioni di gruppo (scuola, sport), alle quali il pediatra deve sempre far riferimento nella raccolta dell'anamnesi. In alcuni soggetti predomina la disattenzione (**tipo con disattenzione predominante**), in altri l'iperattività (**tipo con iperattività-impulsività predominanti**), in altri infine è presente una combinazione di disattenzione e d'iperattività (**tipo combinato**).

Capita spesso di venire a conoscenza (vedi la lettera all'inizio del capitolo) che la responsabilità degli atteggiamenti del bambino venga fatta ricadere sui genitori o sugli insegnanti, per cui viene loro negato ogni aiuto concreto. Altre volte viene fatta diagnosi di "bambino ansioso o depresso", confondendo la conseguenza con la causa.

In alcuni bambini sono presenti manifestazioni e disturbi associati, che variano a seconda dell'età e del grado di sviluppo. Essi vanno dalla scarsa tolleranza alla frustrazione, agli accessi d'ira, alla prepotenza, alla caparbia, allo stato di angoscia, all'insistenza nel richiedere, alla labilità d'umore, alla demoralizzazione fino alla scarsa autostima. I risultati scolastici sono ovviamente compromessi, tanto che insorgono conflitti con la famiglia e con le autorità scolastiche. Spesso la scarsa tendenza all'applicazione viene interpretata come indice di pigrizia o di scarso senso di responsabilità o anche di comportamento oppositivo. La difficoltà delle relazioni familiari risiede nel fatto che i genitori credono che il comportamento del bambino sia volontario. La progressione scolastica è compromessa, a volte fortemente; lo sviluppo intellettuale è ritardato in confronto a quello di bambini della stessa età.

Va ricordato che la DIA fa parte del quadro della sindrome di Tourette.

Non esistono reperti obiettivi tipici, né esami di laboratorio o prove psicologiche che aiutino nella diagnosi in modo specifico. Per la diagnosi vedi Tabella 1.

Il **decorso** del DIA è simile in molti casi: all'inizio i genitori riscontrano un'eccessiva attività motoria, prima che sia rilevabile un deficit di attenzione. Nonostante che spesso i genitori si rivolgano al pediatra per l'irrequietezza del bambino, la diagnosi non viene posta prima del suo ingresso nella scuola, quando l'adattamento e il rendimento scolastico risultano compromessi. La

storia naturale del DIA prevede una stabilità durante la prima adolescenza, mentre nella tarda adolescenza e nell'età adulta i sintomi si attenuano, o sono presenti solo in una delle sue componenti.