

EDITORIALE

Nel primo numero della seconda annata di AIDAI-NEWSLETTER presentiamo una serie di articoli decisamente interessanti per il nostro eterogeneo gruppo di lettori (professionisti, genitori e insegnanti).

Marzocchi ci illustra in modo semplice e comprensibile i substrati neurologici del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività; infatti numerose ricerche, soprattutto statunitensi, hanno riscontrato delle ricorrenti e tipiche conformazioni cerebrali dei bambini con DDAI. Questo non significa che i bambini iperattivi abbiano un cervello che non funziona bene, ma semplicemente che presenta delle caratteristiche specifiche e peculiari. È comunque fuori di ogni dubbio che l'ambiente e l'apprendimento giocano un ruolo fondamentale nelle manifestazioni del DDAI.

Di seguito Maschietto descrive e chiarisce alcuni punti e dà utili informazioni sui farmaci che vengono utilizzati per il DDAI. Sarebbe interessante che l'AIDAI fosse il punto di riferimento del dibattito che interessa genitori e clinici sull'utilizzo del farmaco in Italia. I lettori forse

sapranno che il farmaco d'elezione per l'iperattività (il Ritalin) è stato tolto dal commercio nazionale. Il Ritalin, infatti, è uno psicostimolante derivato dalle Anfetamine, e negli anni Settanta ne veniva fatto un abuso per scopi dietetici. Le case farmaceutiche inoltre non hanno nessun interesse a promuovere la commercializzazione, in quanto l'operazione sarebbe troppo onerosa e i profitti troppo bassi.

Gallucci ci illustra schematicamente ma in modo efficace quali sono i punti più importanti che ogni insegnante dovrebbe tenere presente quando lavora con un bambino con DDAI. Infine, la dottoressa Offredi, dalla sua esperienza di lavoro con gruppi di genitori, ci delinea alcune strategie per gestire il comportamento difficile dei bambini con iperattività.

A conclusione di questo numero, presentiamo l'elenco del materiale per i soci, la bibliografia aggiornata sul DDAI, il verbale dell'assemblea dei soci che si è tenuta durante il congresso AIRIPA a Genova e il programma provvisorio del convegno AIDAI che si svolgerà a Firenze dal 24 al 25 marzo 2000.

LE BASI NEUROBIOLOGICHE DEL DDAI

Gian Marco Marzocchi
Psicologo
SISSA - Trieste

Le difficoltà di attenzione e iperattività dipendono da molteplici fattori. Dalla metà degli anni Ottanta, le conoscenze scientifiche sul funzionamento del cervello, e sulle sue relazioni con il comportamento umano sono notevolmente progredite. In particolare, gli studi sulle cause del DDAI hanno conosciuto una consistente e rapida espansione che hanno ci consentito di prendere le distanze da numerosi "falsi miti" e lentamente di avvicinarci alla verità.

Prima di riflettere sulle cause del problema è opportuno chiarire la differenza tra i fattori che determinano l'insorgenza del disturbo e quelli che ne determinano il mantenimento.

Le cause sono responsabili della presenza o meno di un determinato problema psicologico, ma le modalità con cui questo si esprime dipende dai fattori di mantenimento.

Le principali cause del DDAI sono riconducibili a fattori di natura ereditaria e neuro-biologica, mentre i fattori di mantenimento dipendono dalla struttura dell'ambiente (scuola e famiglia).

Da quasi cento anni gli studiosi nutrono il sospetto che le difficoltà di attenzione e iperattività siano dovute ad una particolare modalità di sviluppo del cervello del bambino. Infatti le aree anteriori della corteccia cerebrale sono responsabili del mantenimento della concentrazione, del controllo del comportamento e della pianificazione delle azioni da eseguire. La somiglianza riscontrata tra le funzioni controllate da queste parti del cervello e le tipiche difficoltà dei bambini con DDAI ha indotto numerosi ricercatori a studiare la relazione tra il funzionamento delle regioni frontali del cervello e il comportamento dei bambini iperattivi.

Per analizzare l'attività e la conformazione cerebrale si utilizzano principalmente tre modalità: l'elettroencefalogramma, o EEG (con cui si registra l'attività elettrica delle cellule cerebrali), la Tomografia a Emissione di Positroni, o

PET (con cui si quantifica il livello di zuccheri, il carburante, utilizzati dal cervello per svolgere la propria attività) e la Risonanza Magnetica (con cui si "fotografa" la struttura del cervello). Gli studi che hanno utilizzato l'elettroencefalogramma hanno confermato che le regioni frontali del cervello dei bambini con DDAI presentano un'attività elettrica leggermente inferiore rispetto a quella dei bambini senza DDAI, utilizzati come gruppo di confronto.

Anche tramite la PET è stato confermato che l'attività delle regioni frontali cerebrali dei bambini impulsivi è inferiore rispetto a quella del gruppo di confronto. Bisogna sottolineare che da queste regioni partono numerose fibre nervose che collegano la corteccia cerebrale ad altri organi sottostanti, appartenenti al sistema limbico, che ha un'importante funzione di controllo delle emozioni, della motivazione e della memoria. Ecco il motivo per cui i bambini con disattenzione e iperattività presentano anche difficoltà di controllo emotivo, scarsa motivazione e inadeguato uso (non mancanza) delle proprie capacità di memoria.

Utilizzando la Risonanza Magnetica, altri studi hanno riscontrato che i bambini con DDAI non presentano la consueta asimmetria dei lobi frontali (normalmente il destro è più esteso del sinistro): nei bambini con DDAI il lobo frontale destro, il nucleo caudato, il globo pallido e anche parte del cervelletto hanno un volume leggermente ridotto rispetto ai bambini di controllo. Il dato relativo alla conformazione cerebellare è insolita e interessante ma in linea con recenti ipotesi secondo le quali il cervelletto gioca un ruolo importante nella pianificazione del movimento.

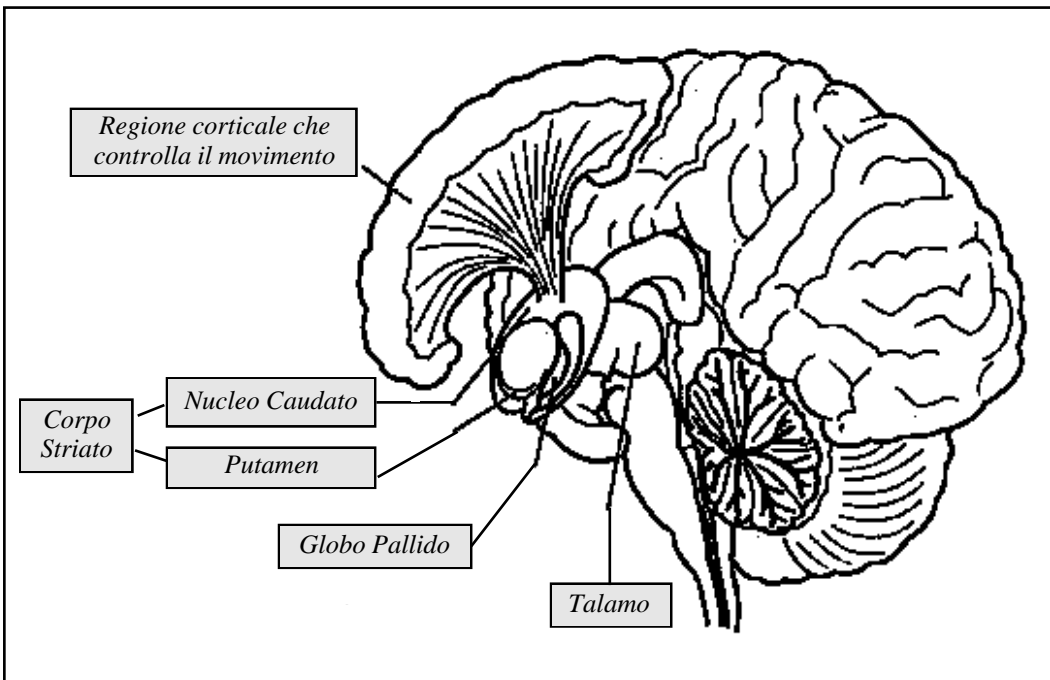
Teniamo presente che le cellule cerebrali comunicano tra di loro tramite delle sostanze biochimiche, chiamate neurotrasmettitori: normalmente, nelle aree frontali del cervello si riscontra una massiccia presenza di due neurotrasmettitori chiamati dopamina e norepinefrina. Il livello di dopamina nelle regioni cerebrali anteriori dei bambini con DDAI è inferiore rispetto a quello dei bambini senza problemi di attenzione e iperattività. Infatti, se a questi bambini si sommini-

strano dei farmaci che stimolano l'attività cerebrale, come ad esempio il Ritalin, si constata che i risultati di questi esami medici sono del tutto simili a quelli che si osservano nei bambini senza difficoltà di attenzione o iperattività.

A qualcuno di voi forse è sorto un dubbio: com'è possibile che il cervello di bambini così carichi di energia abbia un livello di attività inferiore rispetto ai bambini di confronto? È necessario precisare che le aree frontali, quando lavorano a pieno regime, sono in grado di porre adeguati freni inibitori al comportamento che consentono di controllare l'impulsività, di pianificare le azioni e di mantenere l'attenzione per lunghi periodi di tempo. Pertanto, quando le aree frontali sono sottoattivate si osservano: disinibizione del comportamento, incapacità di ritardare le risposte impulsive controllare le cadute attentive.

A questo punto vi potreste chiedere: "Perché il cervello dei bambini con DDAI presenta una tale conformazione e funziona in questo modo?"

Gli studi di genetica sono riusciti a rispondere a numerose domande di questo genere; infatti, sembra che le caratteristiche comportamentali e di personalità dei bambini con DDAI vengano ereditate dai genitori o dai parenti più prossimi. Per confermare il ruolo causale delle ipotesi neurobiologiche sulle manifestazioni del DDAI è necessario riscontrare almeno una correlazione tra le dimensioni di queste zone del cervello (regione prefrontale destra, nucleo caudato e globo pallido) e la gravità del Disturbo. Alcuni ricercatori americani sono riusciti a dimostrare l'esistenza di una correlazione tra le prestazioni dei soggetti con DDAI a vari test di inibizione della risposta (che misura il grado di impulsività) e le dimensioni del circuito prefrontostriale dell'emisfero destro del cervello (corteccia prefrontale, nucleo caudato e globo pallido). Altri dati confermano che tali regioni cerebrali, e anche parte del corpo calloso, dei soggetti con DDAI hanno un volume inferiore, rispetto al gruppo di controllo, di circa il 10%.



L'INTERVENTO FARMACOLOGICO A FAVORE DEL BAMBINO CON DDAI

Dino Maschietto

Neuropsichiatra Infantile

U.O. di NPI San Donà di Piave (Ve)

In Europa, ma soprattutto in Italia vi è una certa diffidenza nell'uso di farmaci in bambini con DDAI. Questo orientamento clinico è probabilmente dovuto ad un insieme di fattori: i pregiudizi sul farmaco, i cambiamenti dei sintomi negli anni, un orientamento anche in ambito neuropsichiatrico maggiormente orientato alle tecniche psicoterapeutiche, una certa diffidenza dei genitori nel somministrare "certi" farmaci (per intenderci quelli che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale) ai propri figli.

La pratica clinica da una parte, la ricerca neuropsicologica dall'altra ci consente di essere allo stesso tempo prudenti nel prendere una decisione che riguardi il trattamento dei bambini con DDAI, ma nello stesso tempo di individuare le caratteristiche neuropsicologiche e di personalità del bambino segnalato con DDAI e decidere di conseguenza quale trattamento proporre.

Innanzitutto è importante precisare che la sintomatologia del bambino con DDAI può essere rilevata anche in altri disturbi, ad esempio nel Disturbo Oppositivo Provocatorio, nel Disturbo dell'Umore, in alcuni Disturbi di personalità come quello narcisistico e di tipo Border.

In prima battuta, è indicato un trattamento autoregolativo con il bambino e un aiuto ai genitori. Tuttavia, nei casi più severi, seconda la nostra esperienza, questi interventi non sono sufficienti perché i benefici di questi trattamenti richiedono, per evidenziarsi, un periodo di media durata, che non è tollerabile dall'ambiente, si innesca così un "circolo vizioso" che alimenta il Disturbo stesso. L'unica possibilità di modificazione nel breve periodo, in questi casi, è data dal farmaco: esso infatti produce cambiamenti significativi subito percepibili e come tali capaci di innescare maggiore disponibilità da parte dell'ambiente.

Una nota di particolare interesse in questo contesto è l'effetto che il farmaco produce nelle re-

lazioni genitore-figlio. Barkley (1985) sostiene che gli atteggiamenti negativi dei genitori nei confronti dei figli sono il frutto del comportamento inappropriato di questi ultimi: una volta che i bambini migliorano dal punto di vista comportamentale, anche i genitori riducono l'eccessivo controllo, il numero di rimproveri e di richiami. Anche Schachar et al. (1987) hanno registrato, tra i genitori dei bambini che hanno risposto positivamente al trattamento farmacologico, toni più affettuosi nei confronti del figlio, maggior "calore materno", minori critiche e atteggiamenti più concilianti tra il bambino con DDAI e i fratelli durante le inevitabili liti.

Tuttavia, rimangono ancora numerosi dubbi circa gli effetti degli psicostimolanti sui soggetti con difficoltà di attenzione e iperattività; soprattutto crea imbarazzo e curiosità quel 20%-30% di persone che non rispondono positivamente al trattamento farmacologico: per spiegare questi dati trova sempre più credito l'ipotesi che esistano sottotipi di DDAI, diversi da quelli riportati nel DSM-IV (APA, 1995), che reagiscono in modo differente agli psicostimolanti (Taylor, 1998). Nei soggetti che non rispondono positivamente al Ritalin, è necessario verificare anzitutto che la sintomatologia non costituisca l'epifenomeno di altra patologia (es. Disturbo dell'Umore, Disturbo Generalizzato di Sviluppo, Disturbo di personalità, ecc.) ed analizzare che non vi sia una comorbidità significativa con altri Disturbi di tipo ansioso-depressivo. Nel caso in cui la diagnosi di DDAI sia caratterizzata da un profilo neuropsicologico di DDAI, in assenza di comorbidità, il farmaco di prima scelta resta il Metilfenidato (nome commerciale Ritalin). Nel caso in cui nel Disturbo siano particolarmente rilevanti comportamenti aggressivi potrebbe essere più utile l'uso della Pemolina, che peraltro richiede una latenza maggiore rispetto al precedente farmaco prima di ottenere effetti positivi nel comportamento, e che, oltre agli effetti collaterali del metilfenidato, richiede un attento dosaggio della funzionalità epatica perché potenzialmente epatotossica (cfr. Braswell e Bloomsquit, 1991). Farmaci di seconda scelta sono gli antidepressivi triciclici; qualche inte-

resse sta suscitando un nuovo inibitore delle monoamminossidasi per la sua maneggevolezza e per la possibilità di utilizzarlo qualora i sintomi del DDAI siano sottesi dal Disturbo Ciclotimico (nome commerciale Aurorix; cfr. Trott, Friese, Menzel e Nissen, 1992).

È consuetudine somministrare il farmaco durante alcuni periodi dell'anno, ad esempio durante la frequenza scolastica e applicare una sospensione durante il periodo estivo; va tenuto presente però che una volta sospesa la terapia, il ragazzino ripresenta quel pattern di comportamenti tipici del periodo pre-intervento. Uno degli argomenti più dibattuti riguardo ai trattamenti farmacologici è l'efficacia a lungo termine: recentemente, Gillberg et al. (1997) hanno dimostrato, attraverso studi di follow-up, l'esistenza di effetti positivi a lungo termine in soggetti trattati con Metilfenidato per un anno intero.

In ogni caso, oltre ai dati contrastanti rispetto ai risultati a lungo termine, il Ritalin porta con sé anche numerosi effetti collaterali: l'eccessiva attivazione del sistema simpatico determina un calo di appetito e sonno e una conseguente riduzione della crescita (Braswell e Bloomsquit, 1991); questi effetti collaterali si attenuano una volta ridotto il dosaggio e calibrati i momenti della giornata in cui devono essere somministrati i farmaci (Taylor, 1986). Non ci sono dati che supportino l'opinione, più o meno diffusa, che i farmaci, soprattutto gli psicostimolanti, diano dipendenza o necessitino di incrementi di dosaggi per riuscire a mantenere una certa attenuazione dei sintomi del disturbo; non bisogna dimenticare comunque che dosaggi troppo elevati possono provocare allucinazioni visive e uditive. In conclusione, i risultati migliori nel tempo come mantenimento sembrano derivare dall'intervento farmacologico e da quello autoregolativo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1995). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*. Milano: Masson.
- Braswell L. & Bloomsquit M. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children; child, family and school intervention*. New York: Guilford Press.
- Barkley R. A. (1985). *The social interactions of hyperactive children: Developmental Changes, drug effects, and situational variation*. In R. McMahon & R. Peters (a cura di), "Childhood disorders: Behavioral-developmental approaches" (pp. 218-243). New York: Brunner/Mazel.
- Gillberg C., Melanders H., von Knorring A., Janols L., Thernlund G., Hagglof B., Eidevall-Wallin L., Gustafsson P. & Kopp S. (1997). *Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. Archives of General Psychiatry, 54, 857-864.
- Schachar R., Taylor E., Wieselberg M, Thorley G. & Rutter M. (1987). *Changes in family function and relationships in children who respond to metilphenidate*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 26, 728-732.
- Taylor E. (1986). *The overactive child*. Philadelphia: Lippicott.
- Taylor E. (1998). *Subtypes of hyperactivity disorder*. Relazione presentata al meeting annuale dei giovani ricercatori di Eunethydis. Amsterdam, 9-10 giugno 1998.
- Trott G. E., Friese H. J., Menzel M. & Nissen G (1992). *Use of moclobemide in children with attention deficit hyperactivity disorder*. Psychopharmacology, 106, 134-136.

ALCUNE INDICAZIONI PRATICHE PER GLI INSEGNANTI

Franco Gallucci
Neuropsichiatra Infantile
U.O. di NPIASL n. 10 - Firenze

Dal mio punto di vista, ritengo che la collaborazione con la scuola sia una condizione indispensabile per programmare un intervento rieducativo con bambini che presentano un DDAI. A questo proposito, durante i corsi di aggiornamento che tengo regolarmente con le scuole della Toscana amo delineare più tosto pragmaticamente alcuni punti per orientare l'attività di insegnamento a favore di bambini con DDAI. Di seguito, sono presentati gli argomenti che solitamente discuto con gli insegnanti e che ritengo fondamentali per lavorare efficacemente con bambini iperattivi.

1. Conoscere il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
 - Seminari di aggiornamento
 - Gruppi di sostegno
 - Letture sull'argomento
 - Attività di sensibilizzazione e coinvolgimento
2. Collaborazione
 - Avvalersi di collaboratori
 - Creare consenso tra i colleghi
 - Essere coerenti e compatti negli interventi educativi (da discutere in anticipo)
 - Creare consapevolezza e collaborazione anche nel bambino
 - Incentivare le comunicazioni scuola-famiglia
 - Incontrarsi regolarmente con la famiglia
3. Struttura della classe e dell'insegnamento
 - Fornirla, mai darla per scontata
 - Stabilire regole chiare e accessibili al bambino
 - Enfaticizzare la struttura anche visivamente (in modo che il bambino la capisca meglio)
 - Chiarire i limiti (fino dove il bambino può arrivare in termini di comportamento)
 - Far rispettare i limiti
4. Stile personale dell'insegnante
 - Mescolare emotività e apprendimento
 - Usare vivacità, humour, divertimento, teatralità, ironia
 - Semplificare per quanto possibile gli argomenti presentati
 - Incoraggiare il bambino a svolgere i lavori
 - Mantenere l'agganciamento del bambino (mai mollare e lasciar perdere)
5. Tecnica di presentazione delle attività
 - Dare direzioni in positivo
 - Ripetere i comandi
 - Usare molto contatto visivo
 - Disporre fisicamente la classe in modo strategico
 - Replicare spesso, con commenti appropriati (per dare informazioni di ritorno su come procede il bambino)
 - Dividere grandi progetti in piccole tappe
 - Insegnare stratagemmi per memorizzare
 - Insegnare a fare liste, vademecum, note
 - Usare timer (per insegnare al bambino l'orientamento nel tempo)
 - Usare computer (per associare utilità a divertimento)
 - Leggere ad alta voce (nel caso sia necessario catturare l'attenzione del bambino)
6. Rispetto di se stesso e del bambino
 - Conoscere e accettare i propri limiti
 - Rispettare le proprie capacità, non sopravvalutarle
 - Non mentire mai
 - Fornire un esempio vivente, evidente e costante del comportamento desiderato
 - Responsabilizzare
 - Privatezza circa il trattamento, o trasparenza completa sullo stesso
7. Ritmo di gestione delle attività
 - Usare l'agenda per programmare le attività
 - Disporre di valvole di sicurezza per evitare eccessivi stress
 - Enfaticizzare la qualità piuttosto che la quantità di compiti svolti
 - Stimolare il bambino ad apprendere

- Non eccitare eccessivamente (lo sfogo fisico a volte è un'iper-eccitazione dannosa per il bambino)
 - Inserire parentesi di attività fisica vigorosa nella routine del bambino
8. Positività
- Sfruttare qualsiasi occasione positiva per un commento positivo. Sempre.
 - Apprezzare apertamente tutti i risultati apprezzabili ottenuti.
 - Quando autentici, apprezzare anche gli sforzi, i tentativi, le intenzioni.
 - Sottolineare tutti i successi, anche quelli incompleti
 - Sottolineare il miglioramento ottenuto nei suoi dettagli
 - Comunicare entusiasmo, anche per miglioramenti relativi
 - Usare premi e incentivi
9. Consapevolezza
- Promuovere l'auto-osservazione
 - Insegnare il tempo, la sua durata, la sua rappresentazione
 - Anticipare le richieste che verranno formulate al bambino
 - Enfatizzare le risorse, le specialità, i talenti del bambino operativo.
10. Costruzione di abilità
- Insegnare il comportamento sociale, mostrarne l'uso
 - Richiedere contatto visivo
 - Incoraggiare l'applicazione pratica della conoscenza del tempo
 - Evitare richieste eccessive o difficilmente attuabili al momento
 - Promuovere un ruolo positivo del bambino in classe
 - Ricorrere a compagni di studio appropriati

Mi rendo conto della schematicità di tali indicazioni, ma in questa sede mi auguro che ognuno possa trarre utili spunti di riflessione e discussione con i propri colleghi per trovare un'applicazione concreta nella propria realtà.

MIO FIGLIO È UNA PICCOLA PESTE...ALCUNI CONSIGLI PER LA SOPRAVVIVENZA

Francesca Offredi
Psicologa
U.O. di NPI San Donà di Piave (Ve)

“Mio figlio è una peste!...non cambierà mai!”; “È sempre stato così, fin da piccolo non stava mai fermo...”. Molte volte questi sono i pensieri, espressi o inespressi, dei genitori che vivono con un bambino con DDAI: spesso emerge l'effettiva fatica che si fa a gestire un bambino che pare a volte incontrollabile, sempre pronto “ad inventarne una nuova”.

“È impossibile avere a che fare con lui, le abbiamo già provate tutte!”; anche questo è un pensiero ricorrente che riflette una situazione reale. È infatti facile incontrare genitori che, di fronte ad un comportamento per loro non del tutto comprensibile, abbiano deciso di “provarle tutte” senza individuare una strada utile, ma imboccando varie vie senza successo, tanto da percepire il bambino come ancora più instabile (perché immerso in una situazione troppo fluida e variabile per lui), e di sentirsi ancor meno efficaci come genitori.

Il primo scoglio da affrontare all'interno della famiglia è la possibilità di osservare il bambino per così dire dall'esterno, evitando da un lato di generalizzare i suoi comportamenti negativi (“non sta mai fermo”; “non fa mai quello che gli dico”), e dall'altro di inquadrare la sua condotta in un generico stadio del suo sviluppo (“deve solo maturare”; “imparerà crescendo”). I bambini con DDAI non sono delle peste, non sono impossibili da gestire, ma non sono neppure bambini solo un po' immaturi, un po' pasticcioni ma tutto sommato più furbi di altri.

È importante che i genitori trovino uno spazio mentale all'interno del quale poter “leggere” in maniera più globale il comportamento del bambino, mettendo a fuoco quali sono le azioni scorrette, le difficoltà, ma soprattutto valutando in maniera precisa le abilità e i punti di forza del bambino.

Spesso i genitori snocciolano in tempi rapidissimi tutta una serie di "marachelle" e cattive abitudini dei bambini, rimandandosi la parola con un "... beh, sapesse il mio: pensi che addirittura...", quasi a volerne sottolineare le mancanze, ma sono in difficoltà quando si chiede loro di elencare ciò che i bambini sanno fare o portano a termine nella maniera corretta. In molti casi si rifugiano in generiche espressioni come "è buono", "è affettuoso", ma faticano a elencare cose che il bambino fa in maniera corretta. È perciò per loro una piacevole sorpresa trovarsi ad ammettere che il bambino è il più bravo in famiglia nei giochi dove sono richiesti buoni riflessi, o che sa tutto di uno sport o di un animale, o che è di sponibile e anche creativo quando si tratta di fare dei lavori in giardino, o che ama fare dei piccoli regali alle persone che conosce, o che gli piace colorare e disegnare. Alcuni adulti non riescono inizialmente a dare il giusto peso a queste attività e si chiedono in fondo cosa c'entra saper tutto su uno sport, senza rendersi conto che l'essere in grado di prestare attenzione ad un argomento e il ricercare e ricordare in modo preciso nuove informazioni può cambiare il quadro descritto del bambino che non ascolta mai e non si interessa a niente, passando a gran velocità da un'attività all'altra. L'interesse per uno sport può essere lo spunto perché il bambino eserciti la propria capacità di applicarsi ad una attività in modo costante, ad esempio prendendo l'abitudine di leggere una rivista del settore, e può anche costituire un vero e proprio ponte di comunicazione genitore-bambino, un terreno comune che offra ad esempio la possibilità di condividere in modo piacevole un'esperienza come una partita o un incontro in televisione.

Un modo di percepire il figlio troppo sbilanciato nel senso dei punti di debolezza, può portare il genitore a concepire il bambino come globalmente inadeguato e a colpevolizzarsi per la propria incapacità di "renderlo diverso". Ciò può sfociare paradossalmente in un eccessivo supporto da parte dell'adulto che, presupponendo che il figlio non sia in grado di portarle a termine correttamente, trova difficile permettergli di

fare le cose, impedendogli di sperimentare situazioni nelle quali debba cercare di regolare il proprio comportamento per raggiungere un obiettivo. In tal modo al bambino rimangono poche occasioni per dimostrare a se stesso e agli altri di essere in grado di mettere in atto azioni corrette.

Michele, un bambino di 8 anni, viene descritto come vivace ed affettuoso ma molto instabile nel comportamento e disordinato; la mattina aspetta sempre l'ultimo momento per alzarsi e, visto che deve prendere il pulmino per andare a scuola, spesso i genitori sono costretti ad aiutarlo a vestirsi. Raramente tiene addosso il grembiule nel corso delle lezioni e il papà assicura di averne a casa 5 o 6, ma nessuno di quelli appartiene a suo figlio, mentre i grembiuli di Michele chissà che fine hanno fatto. Spesso esce da scuola con le scarpe slacciate, il grembiule nello zaino aperto insieme a tutte le cose di scuola alla rinfusa e la camicia tutta stropicciata. Per abitudine, il sabato mattina è il papà ad accompagnare a scuola Michele con la macchina, e ciò sembra spingere il bambino a rimandare ancora di più il risveglio e a farsi sostituire il più possibile dalla mamma nel lavarsi e vestirsi. Agli occhi dei genitori la situazione è di primo acchito irrisolvibile: Michele non si alza mai in anticipo, né con le buone né con le cattive, e quando ormai è tardi pare l'unica soluzione aiutarlo a fare le cose, dal momento che la priorità è che il bambino vada a scuola. Ma per fortuna, Michele va a scuola volentieri, è pigro solo nel prepararsi, ma ciò non sembra finalizzato a non recarsi a lezione, cosa a cui il bambino tiene. È per questo motivo che i genitori hanno rivalutato la situazione accorgendosi che, rimanendo come prioritario l'obiettivo dell'andare a scuola, era necessario non assecondare più Michele nella sua pigrizia mattutina, in modo da far apparire per lui necessario prepararsi da solo (cosa alla sua portata!). È stato così che un sabato mattina, alla solita ora, dopo che i genitori l'avevano chiamato ripetutamente, Michele si è sentito dire che sarebbe andato a scuola con il pulmino come gli altri giorni, e che perciò doveva sbrigarsi per non perderlo. L'attenzione

del bambino è stata immediatamente richiamata da questa affermazione che gli è parsa subito non contrattabile; Michele ha allora chiesto più volte con insistenza al papà se era proprio così, se non aveva proprio intenzione di accompagnarlo. Resosi conto che i genitori erano uniti e coerenti con le loro decisioni, e che il tempo scarseggiava, il bambino si è vestito in gran furia, ha mangiato qualcosa, ha preso la cartella e si è fermato sulla porta solo per chiedere se doveva proprio prendere il pulmino; poi è uscito di casa in orario, pur non avendo ricevuto alcun aiuto dai genitori.

Il papà e la mamma erano contenti: Michele non era più un bambino di otto anni che non è nemmeno in grado di vestirsi da solo e non si alza mai dal letto quando lo si chiama, ma un bambino che, essendo stato responsabilizzato rispetto al fatto di prepararsi da solo la mattina (cosa che è in grado di fare), ha saputo fare le cose da solo e essere pronto in tempo per prendere il pulmino, centrando l'obiettivo principale di non perdere la scuola.

Di sicuro Michele ha dovuto metterci maggior impegno, e forse gli è costato un po' di fatica in più, ma probabilmente, dopo che tutti si sono mostrati contenti e fieri di lui perché aveva fatto tutto da solo, si è sentito anche un po' più bravo, più autonomo, più capace di fare le cose da solo e di attendere alle proprie responsabilità.

Una strategia educativa coerente, la competenza nel tenere presenti tutte le abilità e le qualità del bambino, la capacità di lodare e premiare il bambino quando si comporta in maniera corretta, la possibilità di sperimentare sul campo le proprie abilità, l'attenzione a gratificare soprattutto l'impegno del figlio anche quando il risultato non è molto buono: funzionano meglio "le buone" che "le cattive".

VERBALE DELL'ASSEMBLEA DEI SOCI DEL 9 OTTOBRE 1999

Alle ore 14 del giorno 9 ottobre '99 presso l'Università di Genova si è riunita l'assemblea ordinaria dei soci dell'AIDAI-ONLUS.

Su nomina dell'assemblea, assume la presidenza il dottor Gian Marco Marzocchi, presidente dell'associazione e viene nominato segretario la dottoressa Lucia Cacciò. Il presidente constata che è presente il numero legale dei soci ed è presente il consiglio direttivo.

Ordini del giorno:

1. discussione e approvazione del programma e del budget previsto per il Convegno del 24-25 marzo 2000.
2. Revisione dell'importo della quota associativa.
3. Aggiornamento sulla situazione della rete di servizi clinici a favore delle persone con DDAI.
4. Corso di formazione per clinici che operano nel settore del DDAI.

1. Convegno 2000 (l'assemblea dei soci approva):

- il programma e i relatori invitati al convegno (pubblicato nell'AIDAI-NEWSLETTER)
- l'ingresso è consentito solo ai soci dell'AIDAI. Gli altri possono associarsi all'ingresso del convegno
- il budget previsto per il convegno si aggira sui 18 milioni
- saranno presenti degli studenti che vigileranno se i partecipanti saranno in regola con la quota di iscrizione
- verranno coinvolte numerose riviste per pubblicizzare il convegno
- l'AIRIPA-ONLUS patrocina tale iniziativa in cambio dell'ingresso gratuito riservato ai soci AIRIPA

2. Quota associativa (l'assemblea dei soci approva):

- per far fronte alle consistenti spese di gestione si prevede di innalzare la quota associativa a lire 50.000
- per il rinnovo della quota verranno spediti i moduli di c/c postale precompilati

- a tutti i soci verrà spedita una tessera associativa annuale da conservare per accedere a manifestazioni promosse dall'AIDAI
- 3. Rete di servizi (l'assemblea dei soci approva):
 - è opportuno pubblicare sul bollettino i principali centri pubblici che effettuano diagnosi e trattamenti per il DDAI
 - inserire un link dell'AIDAI nella pagina dell'AIRIPA e in quello della Junior Edizioni.
- 4. Corso di formazione per clinici (l'assemblea dei soci approva):
 - Le dottoresse Offredi e Gardinale si stanno interessando di attivare un corso di formazione per clinici (master) della durata di 72 ore articolate in 6 week-end mensili (per 6 mesi).
 - Si è trovato l'appoggio della IRECOOP Veneto che fornisce i locali per il corso
 - È necessario dare maggiore validità all'attestato rilasciato
 - Il costo del corso è a carico dei partecipanti
 - È necessario trovare le persone che abbiano contatti con fondi pubblici che potrebbero finanziare tale corso.

L'assemblea approva i punti sopradescritti. Alle ore 14.45 il presidente dichiara sciolta l'assemblea.

Letto, sottoscritto e approvato.
Genova, 9 ottobre '99

Il presidente
Gian Marco Marzocchi

Il segretario
Lucia Cacciò

ELENCO DEL MATERIALE PER I SOCI

Comitato scientifico/scuola

- di schetto del CONTINUOUS PERFORMANCE TEST, con i relativi dati di riferimento (età 6- 11 anni);
- numerosi articoli in inglese o in italiano sul DDAI (l'elenco completo è troppo lungo, sebbene i soci possano richiedere qualsiasi tipo di articolo e l'AIDAI si interesserà al reperimento);
- Dispense sui processi di attenzione tratte da corsi di aggiornamento per insegnanti.

Comitato famiglie

- primi tre capitoli di un testo in corso di realizzazione per genitori di bambini con DDAI;
- scala SDAI per la valutazione dei comportamenti problematici del DDAI;
- articoli in italiano o in inglese.

Tutti gli articoli, di seguito elencati, possono essere richiesti dai soci.

BIBLIOGRAFIA IN LINGUA ITALIANA SUL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ

ARTICOLI

- Barkley R. A. (1999), *Deficit di attenzione/iperattività*, Le Scienze (Gennaio, 1999)
- Camerini G.B., Coccia M., Caffo E. (1996). *Il disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 63, 587-594.
- Cornoldi (1998). *La testa altrove, Il disturbo da deficit di attenzione*. *Psicologia Contemporanea* n. 147 (Maggio – Giugno 1998).
- Di Nuovo S., Torrisi A.M., Gelardi D. (1999). *Deficit di attenzione/iperattività: un confronto tra soggetti con o senza ritardo mentale*. *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2/1, 59-78.
- Di Pietro M. (1995). *Disturbi da deficit d'atten-*

- zione e iperattività: l'intervento razional-emozionale. *Difficoltà di apprendimento*, 1, (pp. 107-118).
- Gallucci F., Bird H., Berardi C., Gallai V., Pfanner P., Weinberg A. (1995). *Sintomi di disturbo da deficit d'attenzione-iperattività in un campione scolastico italiano: risultati di uno studio pilota*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 15, 67-179.
- Gardill, Du Paul et al. (1999), *Strategie per gestire in classe gli alunni con disturbo da deficit di attenzione e iperattività*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/4, pp. 567-578.
- Marzocchi e Cornoldi (in corso di stampa). *Una scala di facile uso per la rilevazione dei comportamenti problematici in bambini con deficit di attenzione/iperattività*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.
- Marzocchi G. M. & Cornoldi C. (1998), *Disturbi di impulsività e ricerca visiva in bambini con Deficit di Attenzione/Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 173-186.
- Nisi A. (1986). *L'allievo iperattivo*. *Psicologia e scuola*, 26, 38-43 (parte prima); 27, 34-42 (parte seconda); 28, 35-42 (parte terza).
- Offredi e Vio (1999), *Il trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività: analisi di due casi*, *Difficoltà di Apprendimento*, 4/3 pp. 379/398.
- Polirstok S.R. (1999). *La comorbidità nel deficit di attenzione/iperattività: manifestazioni concomitanti di disturbi della condotta, oppositività, ansia, somatizzazione e disturbi di apprendimento*, *Ciclo evolutivo e disabilità*, 2/1, 9-16.
- Saccomani, Battaglia, Rizzo, Ravera, Trompetto, De Negri (1995). *Aspetti neuropsicologici e stile relazionale in bambini con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (DDAI) a diversa patogenesi*. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* (pp. 111-120).
- Sani e Villani (1995), *La sindrome da deficit attentivo con iperattività*, *Aggiornamento Medico* (Gennaio - febbraio, 1995).
- Sechi E., Corcelli A., Vasques P. (1998). *Difficoltà esecutive e problemi di programmazione prassica nei bambini con Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, 187-195.
- Vio, Offredi e Marzocchi (1999), *Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività: sperimentazione di un training metacognitivo*, 2/2, 241-262, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*.

LIBRI

(tali testi non sono fotocopiabili).

- Cornoldi, Gardinale, Masi e Pettenò (1996), *Impulsività e autocontrollo*, Edizioni Erickson
- Douglas. *Quella peste di mio figlio*. Collana "Le comete". Franco Angeli Editore.
- Kirby e Grimley (1989), *Disturbi dell'attenzione e iperattività*, Edizioni Erickson
- Margheriti M., Sabbadini G. (1995). *L'iperattività e i disturbi dell'attenzione*. In *Manuale di Neuropsicologia dell'età evolutiva* (G. Sabbadini, a cura di). Zanichelli.
- Prekop J. & Scheweizer C. (1999). *Bambini Iperattivi*. Como: RED
- Prior M. (1991). *L'iperattività*. In "I disturbi dell'apprendimento" (C. Cornoldi, a cura di). Bologna: Il Mulino.
- Vio, Offredi, Marzocchi (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività*. Erickson, Trento.

PROSSIME INIZIATIVE DELL' AIDAI-ONLUS

**MASTER IN PSICOLOGIA CLINICA
SU DIAGNOSI E TRATTAMENTO
DEL DISTURBO DA DEFICIT
DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ**

La nostra Associazione ha deliberato la necessità di costituire una rete di operatori clinici che si occupano di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività nel territorio nazionale. In Italia assistiamo ad un processo di disinformazione e negazione del problema da parte di numerosi colleghi che ritengono che il DDAI non esista o non abbia una sua unitarietà nosografica. In questo modo i genitori che segnalano i problemi comportamentali e cognitivi dei propri figli, riconducibili ad un DDAI, si ritrovano soli e abbandonati a se stessi. Non esiste in Italia ancora una cultura che sappia accettare l'esistenza del DDAI e soprattutto che sappia riconoscerlo e affrontarlo dal punto di vista clinico.

Osservando questa situazione, alquanto preoccupante, l'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività (AIDAI - ONLUS) ha deciso di attivare dei master di formazione per clinici che intendono occuparsi di diagnosi e terapia del DDAI.

Ci sono ancora numerosi ostacoli da superare, come ad esempio la validazione di un attestato di partecipazione, la riduzione delle quote di iscrizione grazie al reperimento di fondi sociali pubblici e il reperimento del materiale didattico, spesso diffuso in modo disorganico nei vari centri di diagnosi e cura.

QUESTO VUOL ESSERE ANCHE UN APPELLO RIVOLTO A TUTTE LE PERSONE INTERESSATE A COLLABORARE NELLA REALIZZAZIONE DI TALI CORSI DI FORMAZIONE A METTERSI IN CONTATTO CON L' AIDAI. PER DEFINIRE MEGLIO L' INIZIATIVA È STATA ATTIVATA LA NUOVA PAGINA SU INTERNET ALL' INDIRIZZO:

www.redturtle.net/aidai

GIORNATA NAZIONALE PER IL BAMBINO DISATTENTO E IPERATTIVO

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: medicina, psicologia, scuole e famiglie a confronto.

Firenze, 24-25 marzo 2000

Ente organizzatore: Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività (AIDAI - ONLUS)

Enti Patrocinatori: Comune di Firenze, Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA - ONLUS)

Organizzazione locale: Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, ASL n. 10 di Firenze

L'ingresso è gratuito per i soci AIDAI. È possibile iscriversi all'AIDAI - ONLUS prima del convegno, pagando in contanti la quota associativa di lire 50.000 (cinquantamila).

Le iscrizioni prima del convegno si possono effettuare inviando il coupon allegato e versando la quota associativa tramite bonifico bancario o versamento su c/c postale a favore di:

Associazione Italiana Disturbi di Attenzione Iperattività (AIDAI - ONLUS)

- c/c bancario n. 1214, Cassa di Risparmio in Bologna, filiale di Copparo (Ferrara);
- c/c postale n. 10077444.

Venerdì 24 marzo

Ore 8.30 registrazione partecipanti

Ore 9.30 presentazione del convegno

Saluto delle autorità locali, del Presidente dell'AIDAI - Onlus e dell'organizzatore locale

SESSIONE PLENARIA

Sala A (500 posti)

Lo stato della ricerca nel disturbo da deficit di attenzione/iperattività
(Moderatore Dr. A. Zuddas, Università di Cagliari)

- 9.45 A scientific approach to ADHD: clinical and research advances

J. A. Sergeant
(Free University - Amsterdam)

- 10.30 Le basi neurobiologiche del DDAI

A. Sadile
(II Università di Napoli)

- 11.00 - 11.15 Break

- 11.15 La genetica del DDAI

M. L. Giovannucci
(Università di Firenze)

- 11.45 Il problema dell'eziologia del DDAI

G. Masi
(Stella Maris - Pisa)

- 12.15 È un problema di attenzione?

S. Di Nuovo
(Università di Catania)

- 12.45 L'approccio neuropsicologico per lo studio del DDAI

R. Rumiati
(SISSA - Trieste)

- 13.15 - 14.30 Pausa pranzo

SESSIONE PLENARIA

Sala A (500 posti)

(Moderatore Prof. R. De Beni, Università di Padova)

- 14.30 Memoria, apprendimento e metacognizione nel DDAI

C. Cornoldi
(Università di Padova)

SESSIONE PER INSEGNANTI

Sala A (500 posti)

Comportamento e apprendimento degli alunni con DDAI

(Moderatore Prof. R. De Beni, Università di Padova)

- 15.30 Eppure sono intelligenti...alcuni motivi per cui i bambini con DDAI hanno difficoltà di apprendimento
G. M. Marzocchi
(SISSA - Trieste)
- 16.00 Come affrontano la matematica i bambini con DDAI
D. Lucangeli
(Università di Padova)
- 16.30 -16.45 Break
- 16.45 - 17.45 Esperienze e testimonianze di insegnanti

SESSIONE PER OPERATORI CLINICI

Sala B (200 posti)

Aspetti diagnostici e terapeutici nel DDAI

Moderatore: Dr. F. Gallucci (Asl n. 10, Firenze)

- 15.30 Un protocollo diagnostico per il DDAI
D. Maschietto
(ASL n. 10 di San Donà -VE)
- 16.00 Il problema della diagnosi differenziale
F. Gallucci
(ASL n. 10 - Firenze)
- 16.30 -16.45 Break
- 16.45 Fattori di rischio e prognostici in casi con DDAI
E. Sechi
(Univ. La Sapienza di Roma)
- 17.15 I trattamenti farmacologici per i bambini con DDAI
A. Zuddas
(Univ. di Cagliari)

SESSIONE PLENARIA

Sala A (500 posti)

- 18.00 Una collaborazione possibile tra scuola e servizi
C. Vio
(ASL n. 10 di San Donà -VE)

sabato 25 marzo

SESSIONE PLENARIA

Sala A (500 posti)

Moderatore: C. Vio (ASL n. 10, San Donà - VE)

- 9.15 Non si riesce più a tenerlo...alcuni consigli per sopravvivere
M. Di Pietro
(ASL n. 17 di Monselice - PD)

SESSIONE PER OPERATORI CLINICI

E GENITORI

Sala B (200 posti)

La formazione dei genitori e il lavoro terapeutico con il bambino

Moderatore: C. Vio (ASL n. 10, San Donà - VE)

- 10.00 Quando è possibile lavorare con bambino e genitori
M. Gardinale
(Studio Nuova Educazione di Mestre - VE)
- 10.30 Un programma di formazione per genitori: il parent training
F. Offredi
(ASL n. 10 di San Donà -VE)
- 11.00 - 11.15 Break
- 11.15 - 12.30 Esperienze e testimonianze di genitori

SESSIONE PER INSEGNANTI

Sala A (500 posti)

Approccio pedagogico educativo al DDAI

Moderatore: Prof. R. Vianello (Università di Padova)

• 10.00 Un programma per sviluppare la consapevolezza dell'attenzione
A. Molin & S. Poli
(IRSSAE - Veneto)

• 10.30 Le strategie - trappole comportamentali per gli alunni con DDAI
L. Pettenò
(Studio Nuova Educazione di Mestre - VE)

• 11.00 - 11.15 Break

• 11.15 - 12.30 Esperienze e testimonianze di insegnanti

• 12.30 - 14.30 Pausa pranzo

SESSIONE PLENARIA

Sala A (500 posti)

• 14.30 Multimodal Treatment for children with ADHD: the MTA co-operative study.
J. Swanson (da confermare)
(California University)

• 15.30 La terapia multimodale a favore dei bambini con DDAI in Italia: servizi, scuole e famiglie
A. Zuddas, C. Vio, G.M. Marzocchi

• 16.30 - 17.00 Assemblea dei soci AIDAI

CENTRI CLINICI A FAVORE DI BAMBINI CON DDAI

1. Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile
Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale
V. I. Nievo, 2-6
30027 San Donà di Piave (VE)
tel. 0421227760

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche (anche in Day Hospital);
- programmi di intervento con bambino e genitori di tipo cognitivo-comportamentale, consulenze ad insegnanti, training per disturbi di apprendimento
- trattamenti farmacologici

2. Servizio di Psicologia dell'Età Evolutiva

Azienda ULSS n. 17
Monselice (PD)
Tel. 0429788827

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche;
- programmi di intervento con bambino e genitori di tipo cognitivo-comportamentale, consulenze ad insegnanti, (servizio specialistico per disturbi del comportamento)

3. Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile
Azienda ULSS n. 10, Firenze
Tel. 0556264720

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche;
- programmi di intervento con bambino o tipo cognitivo-comportamentale, consulenze a genitori e insegnanti;
- trattamenti farmacologici.

4. Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Cagliari

Via dell'Ospedale, 119

00912 Cagliari

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche;
- consulenze a genitori;
- trattamenti farmacologici.

5. Servizio Disturbi di Apprendimento - LIRIPAC

Facoltà di Psicologia

Università di Padova

Via Belzoni, 70

35100 Padova

(per informazioni tel. 0498276500)

Servizi offerti:

- valutazioni diagnostiche di approfondimento;
- programmi di intervento con bambino o tipo cognitivo-comportamentale, consulenze a genitori e insegnanti.

**INVITIAMO TUTTI I SOCI DELL'AIDAI
AD INVIARE UN MESSAGGIO PER
ARRICCHIRE LO SPAZIO DEDICATO AI
CENTRI CLINICI**