

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
LAUREA IN INFERMIERISTICA



Anno Accademico 2016/2017

**IL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO DEL BAMBINO (ADHD)
E IL RICONOSCIMENTO DI SEGNI E SINTOMI PRECOCI:
IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA
COME CATALIZZATORE DEI PROCESSI DI CURA**

Relatore: Dott. Marco Gialli

Candidato: Mirko CENTURELLI

Matricola: 748033

***Qualcosa potrebbe essere fatto,
piuttosto che pensare solo che era fuori dai binari***

Steffan

INDICE

INTRODUZIONE	4
METODI	6
RISULTATI	7
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	7
Aggressività e ADHD	9
La diagnosi di ADHD.....	9
<i>Anamnesi</i>	13
<i>Osservazione clinica</i>	13
<i>Esame neurologico, cognitivo e psichiatrico</i>	14
<i>Valutazione</i>	14
<i>Interviste diagnostiche</i>	15
<i>Valutazione degli apprendimenti scolastici</i>	15
Il ruolo dell'Infermiere nella diagnosi di ADHD all'estero	16
I trattamenti dell'ADHD.....	16
<i>Psicoeducazione e Child Training</i>	17
<i>Parent Training e Terapia Comportamentale</i>	17
<i>Teacher Training</i>	18
<i>Consigli dietetici</i>	18
<i>Programmi scolastici</i>	19
<i>Sport</i>	19
<i>Terapia farmacologica</i>	20
ADHD nell'età adulta: l'evoluzione della patologia	21
Il ruolo dell'Infermiere all'estero nel trattamento	21
DISCUSSIONE	23
ADHD in Italia.....	23
ADHD e Infermiere in Italia.....	25
CONCLUSIONI	28
BIBLIOGRAFIA	30
ALLEGATI	33
Allegato 1: Diagnosi di ADHD secondo il DSM-IV e l'ICD-10	33
Allegato 2: Intervista del 27/10/2017 al dott. Conte e alla dott.ssa Renzetti.....	35

INTRODUZIONE

Ho deciso di scrivere il mio elaborato finale sul disturbo da ADHD, l'*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, come approfondimento della mia esperienza personale, che mi ha portato ad affrontare i problemi derivati da questo disturbo. Vivo tra bambini affetti da questa patologia e ho svolto l'attività di animatore responsabile nei Centri Ricreativi Estivi del mio paese, dove nel mio gruppo erano presenti diversi bambini con ADHD. Sentire urlare questi bambini, vederli agitati, iperattivi ed arrabbiarsi esageratamente con i coetanei o con i famigliari, assistere ad agiti aggressivi continui. La domanda sul cosa potesse scatenare questi comportamenti era implicita, e fidandomi della stigmatizzazione sociale mi autoconvincevo che sono così per la non adeguata educazione che i genitori gli avevano impartito, senza sgridarli abbastanza, trascurandoli.

Approfondendo di più il loro comportamento e decidendo di scrivere questo elaborato su questo tema, grazie al mio relatore e all'equipe neuropsichiatrica, ho scoperto che questa manifestazione era causata da un disturbo, ADHD.

Anni fa questa patologia non era conosciuta in Italia e tutt'oggi molte persone che vedono questi ragazzi li etichettano ancora come disturbati, maleducati, come bambini che non hanno ricevuto la necessaria disciplina da parte dei loro genitori. Ma grazie alle ricerche l'ADHD è riconosciuto come disturbo e sono state studiate linee guida sul come diagnosticarlo. Grazie alle Associazioni presenti sul territorio si diffonde la conoscenza sul disturbo e a renderlo una tematica di confronto sociale, di sensibilizzazione e accettazione nella realtà quotidiana e scolastica. Grazie alle Istituzioni si promuovono campagne di formazione per i genitori e gli insegnanti, e si attiva un Piano Individualizzato di Salute per promuovere la formazione di ogni ragazzo che presenta ADHD.

Il mio elaborato vuole essere una riflessione e allo stesso tempo uno spunto d'azione per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, in quanto nel nostro paese non c'è totalmente la consapevolezza di cosa sia questo disturbo, della sua esistenza, quali

siano i sintomi e i segni che riconoscono il bisogno di un intervento, al fine di migliorare la vita dei genitori e del bambino stesso.

L'Università Milano-Bicocca con il Master Universitario di I livello "Assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: l'Infermiere di Famiglia e di Comunità" (che partirà dall'A.A. 2017/2018 nella sua II edizione) e la legge Regionale 23, che dà ampio spazio ad aggiornamenti per quanto riguarda i modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile, sono le due traiettorie che possono includere e valorizzare questa presa in carico proprio con l'Infermiere di Comunità, che all'interno delle Scuole può svolgere una vera azione catalizzante verso le professionalità e competenze specifiche per la presa in carico corretta della sindrome ADHD.

METODI

Per condurre questo approfondimento sono stati presi in considerazione i bambini nell'età prescolare, dai 3 ai 6 anni, che presentano sintomi premonitori di problemi di iperattività, disattenzione e manifestazioni di aggressività a livello familiare e scolastico. In questi ultimi anni sono crescenti il numero di diagnosi di bambini con ADHD che presentano questi sintomi, e molte volte vengono stigmatizzati dalla società come bambini dalla quale "stare alla larga" oppure educati male dai loro genitori, che non hanno ricevuto una disciplina corretta. Si è cercato come viene diagnosticato il disturbo, quali sono gli elementi chiave per dichiararlo tale e gli strumenti utilizzati; inoltre sono stati studiati gli interventi che vengono attuati per far fronte a questo disturbo, gli attori che intervengono e le modalità, delineando le figure chiave professionali che intercorrono e la loro connessione. Si è cercata la presenza della figura infermieristica in questo processo diagnostico-terapeutico, la sua esistenza nelle diverse realtà mondiali e italiana e il suo ruolo concreto o potenziale.

L'esito che si cercava di ottenere era la corretta diagnosi di questo disturbo e la gestione delle manifestazioni ad esso associate; si è cercato inoltre il trattamento, il reinserimento nella rete sociale del bambino, stigmatizzato dalla società, e dal recupero della situazione scolastica, degenerata dal manifestarsi dei comportamenti del disturbo. Tutto questo ponendo il focus sul ruolo delle diverse figure professionali.

Tramite la revisione sistematica nelle varie banche dati quali CINAHL, The Chocrane Library, Medline, PubMed, TRIPDatabase e le linee guida internazionali si è cercato come il fenomeno viene affrontato nelle varie realtà locali, quali sono le figure di riferimento e che ruolo occupa l'Infermiere, utilizzando come parole chiavi "*ADHD*", "*nurse practitioner*", "*pre-school*", "*family*" e "*treatment*". Inoltre è stata condotta un'intervista con il neuropsichiatra infantile dott. Stefano Conte e la psicologa dott.ssa Valeria Renzetti dell'Unità di neuropsichiatria infantile dell'ASST Papa Giovanni XXIII, per fare un confronto con la realtà locale italiana e bergamasca, oltre a cercare articoli di riviste scientifiche, di cronaca, di Associazioni e di politica, tra cui circolari del Ministero dell'Istruzione, per poter delineare un profilo esistente nel nostro paese.

RISULTATI

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

L'ADHD è una delle diagnosi più comuni di deficit neurocomportamentale cronico in età prescolare e scolare, caratterizzata da persistente disattenzione e/o iperattività/impulsività; questa patologia compromette molti aspetti della vita di un bambino, come i rapporti con i genitori e la famiglia, la vita sociale, le prestazioni scolastiche, l'autostima e ha un ruolo cruciale nell'influenzare la mente e il benessere del bambino stesso. Si tratta di una patologia ad impronta neurobiologica, dovuta alla disfunzione di alcune aree e di alcuni circuiti del cervello e allo squilibrio di alcuni neurotrasmettitori (noradrenalina e dopamina), responsabili del controllo di attività cerebrali come l'attenzione e il movimento. Infatti l'ADHD non è un disturbo dell'attenzione in sé, ma un disturbo multifattoriale, composto da:

- fattori genetici, con prevalenza di altri disturbi mentali nei genitori;
- fattori neurobiologici, con predisposizione neurobiologica che si intreccia con l'influenza dell'ambiente sociale di appartenenza;
- fattori biologici acquisiti, come l'esposizione intrauterina ad alcool e nicotina, nascita pretermine del bambino, basso peso alla nascita, disturbi cerebrali (encefaliti e traumi);
- fattori ambientali, come instabilità familiare, conflittualità genitoriale, disturbi psicologici dei genitori, stress familiare, scarsa competenza dei genitori, rapporto negativo bambino-genitori, rapporto negativo bambino-insegnanti.

Anche se queste manifestazioni osservate in un bambino non implicano necessariamente che abbia ADHD, i sintomi premonitori si osservano già all'età di 3 anni (anche se l'età media si aggira in realtà tra i 7 e i 9 anni). In precedenza si pensava che l'ADHD andava scomparendo con l'età, ma è noto ormai che fino al 60% dei bambini continuano ad avere sintomi significativi anche da adulti, con un rischio maggiore di sviluppare nell'adolescenza disturbo da abuso di sostanze.

I bambini con ADHD a causa del loro comportamento hanno pochi amici, perché i loro coetanei non possono tollerare il comportamento dirompente caratterizzato da irrequietezza, invadenza, scoppi verbali e incapacità di comportarsi in modo

appropriato per una data situazione; queste circostanze portano ad una maggiore frustrazione nel bambino, esplosioni emotive, stati d'animo labili e bassa autostima, portandoli a cercare amicizie altrove.

Genitori, maestri e infermieri hanno osservato che i bambini in età prescolare con ADHD sono agili, veloci e senza paura, agiscono come se fossero guidati da un motore; non possono essere lasciati soli in una stanza e gli oggetti devono essere nascosti, in modo che i bambini non possano accedervi.

I genitori dei figli con ADHD sperimentano livelli più elevati di stress, depressione, isolamento sociale, problemi legati all'alcool, auto-colpa e discordia coniugale, si presentano affaticati (soprattutto se il bambino è affetto dal sottotipo iperattivo-impulsivo), in quanto stancano molto l'operato dei genitori. I fratelli e sorelle riferiscono di sentirsi vittima del loro fratello per violenza fisica, aggressione verbale e manipolazione ricevuti.

L'ADHD persiste nell'età adulta per un gran numero di pazienti in questa condizione, ma i sintomi cambiano sostanzialmente con l'età:

Prescolare	Eccessiva attività motoria o mobilità, bassa tolleranza alla frustrazione, impulsività, incapacità di tenere l'attenzione, distraibilità, comportamento disorganizzato, aggressività e crisi di rabbia, comportamenti inappropriati, comportamento antisociale, litigiosità, condotte provocatorie, assenza di paura, tempeste affettive, tendenza ad incidenti, disturbi del sonno
Età scolare	Sintomi simili a quelli dei bambini in età prescolare, con l'emergere di difficoltà scolastiche, il rifiuto da parte di coetanei, disturbo oppositivo provocatorio, mentire, rubare, scarsa autostima
Adolescenza	Disattenzione, impulsività, irrequietezza interiore, continue difficoltà scolastiche, problemi con l'autorità, aumento del comportamento rischioso (ad esempio fumo, abuso di sostanze, precoce attività sessuale, incidenti di guida/violazioni del traffico), aggressività accentuata e comportamento antisociale, sentimenti generali di inutilità

Adulto	Esacerbazione delle circostanze psichiatriche di fondo, frequenti cambiamenti di lavoro e perdite di posti di lavoro, discordia coniugale, matrimoni multipli, problemi con la legge, abuso di sostanze
---------------	---

Aggressività e ADHD

L'aggressività non è un comportamento prevalente in bambini con ADHD, ma può manifestarsi se subentra o si innestano comportamenti del Disturbo Oppositivo-Provocatorio o del Disturbo della Condotta, diventando un vero problema di aggressività. L'eziologia non è chiaramente compresa, ma può essere considerata come risultato dell'interazione tra fattori genetici e ambientali ed è spesso legata alla frustrazione o l'anticipazione insoddisfatta della ricompensa. Inoltre il fattore più importante nella predizione dell'aggressione è la famiglia: il numero di fratelli e il numero di persone che vivono in casa non la prevedono in modo significativo, ma l'aggressione del passato e del presente dei genitori è la variabile più importante per predirla; studi dimostrano come più il genitore aggressivo è assente da casa, più piccolo è l'effetto che il suo comportamento avrà sul figlio.

La diagnosi di ADHD

È importante riconoscere l'ADHD, soprattutto conoscere e avere le abilità di farlo per identificarla precocemente: una diagnosi precoce porta ad un trattamento precoce e quindi migliori benefici per il bambino. Infatti, secondo la nuova versione DMS-V, la diagnosi si fa dai 7 anni in poi, ma si possono avere evidenze anticipatorie della presenza del disturbo già dai 3 anni, periodo in cui è fondamentale l'osservazione per poi vedere come si evolve negli anni a venire.

Per conoscere le sue necessità la chiave è l'interprofessionalità, un insieme di figure professionali composte da maestra, consulente, neuropsichiatri, psicologo scolastico e Infermiere Scolastico.

In primo luogo la diagnosi di ADHD viene fatta attraverso la presenza dei criteri elencati dal DSM-V (molti neuropsichiatri, tra cui Bergamo, utilizzano ancora scale e criteri diagnostici basati sul DSM-IV) o dall'ICD-10: si utilizzano strumenti che comprendono osservazione, questionari e scale di valutazione basate sui criteri di questi due manuali. Inoltre altri metodi possono venire in aiuto per avere una visione complessiva del fenomeno, quali interviste ai genitori e ai bambini, rapporti con la scuola e strumenti di valutazione standardizzata.

Per l'*International Classification of Diseases (ICD)* si ha diagnosi nel caso in cui il paziente presenti almeno sei sintomi di disattenzione, tre di iperattività e uno di impulsività; mentre per il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* la diagnosi viene formulata anche con la sola presenza di sei dei nove sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività che (secondo il DSM-IV) devono esordire prima dei sei anni di età e durare da più di sei mesi, evidenti in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambienti di gioco), causando una significativa compromissione del funzionamento globale del bambino.

Non ci sono test di laboratorio né di imaging neurologico per diagnosticare l'ADHD.

Secondo il DSM-IV ci sono tre sottotipi di ADHD:

- *sottotipo disattento*, dove il bambino sarà facilmente distraibile ma non eccessivamente iperattivo/impulsivo, prevale la componente inattentiva;
- *sottotipo combinato*, dove inattenzione e iperattività/impulsività, sono presenti nella stessa misura; questo è il sottotipo più frequente nei bambini e negli adolescenti;
- *sottotipo iperattivo-impulsivo*, dove il bambino sarà invece estremamente iperattivo/impulsivo senza sintomi di inattenzione.

Secondo l'ICD-10 ci sono due sottotipi di ADHD:

- *sottotipo ipercinetico*, dove il bambino ha tutti i sintomi di disattenzione, iperattività e di impulsività;
- *sottotipo ipercinetico della condotta*, come l'ipercinetico, ma in più ha il Disturbo della Condotta.

Può accadere che, nel corso dello sviluppo, il soggetto esprima un sottotipo diverso da quello iniziale.

A livello mondiale per la valutazione, la diagnosi e il trattamento dell'ADHD ci sono diverse linee guida, tra cui due principali: quella sviluppata dall'*American Academy of Pediatrics (AAP)* e quella del *National Institute for Health Care Excellence (NICE)*.

La prima, stilata dall'*American Academy of Pediatrics* nel 2011 è composta da sei dichiarazioni e prevede la diagnosi e il trattamento dai 4 ai 18 anni. Al fine di rendere la diagnosi più chiara e specifica si richiede di passare più tempo con i pazienti e le famiglie, arrivando a sviluppare un sistema di contatti con la scuola e altro personale scolastico, dal quale ottenere informazioni utilizzate per la valutazione dell'ADHD e per fornire la cura continua e coordinata; essendo una patologia cronica, il clinico deve necessariamente utilizzare una comunicazione bidirezionale con insegnanti e altri clinici della salute scolastica per la cura del bambino.

Occorre inoltre escludere altre condizioni che potrebbero coesistere con l'ADHD, come ad esempio i Disturbi della Sfera Emozionale e Comportamentali (ansia, depressione, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo della Condotta), dello Sviluppo (disturbi nel neurosviluppo, disturbo del linguaggio e dell'apprendimento) e fisici (tic, apnea notturna); questi disturbi, qualora coesistessero, possono alterare il trattamento dell'ADHD.

Altra linea guida è stata stilata dal *National Institute for Health Care Excellence (NICE)* con la sua ultima revisione nel 2016. Afferma l'importanza dell'integrazione con gli altri servizi come il pediatria, al fine di ottenere il massimo rendimento per la cura dei bambini affetti da ADHD. Occorre formare delle squadre specializzate di ADHD multidisciplinari (composte da psichiatra, pediatra, specialista di salute mentale, Infermiere specialista di ADHD) che abbiano perizia nella diagnosi della malattia, col compito di fornire i servizi diagnostici, di trattamento e di consultazione, di mettere in atto sistemi di comunicazione e protocolli (anche locali) per la condivisione di informazioni, cercando disponibilità nei centri psicologici adatti per l'età.

Queste squadre devono intraprendere una formazione e corsi di aggiornamento, in modo che siano in grado di diagnosticare l'ADHD e fornire il trattamento e la gestione in conformità con le linee guida in vigore. Inoltre dovrebbe essere presente in ogni località un'agenzia che permetta la sorveglianza delle linee guida per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD, le campagne di Parent Training e la compilazione di un elenco di informazioni e servizi per le famiglie. In tutto il processo di valutazione e diagnosi il

bambino deve essere messo al centro concretamente, coinvolgendolo e chiedendogli come si sente e le sue aspettative sul trattamento.

Secondo le linee guida internazionali la diagnosi di ADHD è esclusivamente clinica e deve essere fatta da un neuropsichiatra, pediatra o da altro professionista adeguatamente qualificato con addestramento e perizia nella diagnosi, utilizzando come parametri la valutazione clinica e psicosociale del bambino, la storia completa dello sviluppo e i rapporti dell'osservatore.

La diagnosi si basa sulla soddisfazione dei criteri del DSM-IV o ICD-10, l'associazione almeno di grado moderato dei sintomi psicologici, sociali e educativi e la pervasività (cioè i sintomi si devono verificare in due o più importanti contesti, come quello sociale, familiare, educativo o occupazionale):

In un bambino in età prescolare la diagnosi può essere difficile, in quanto in quest'età le caratteristiche comuni includono aggressività, comportamenti inappropriati ed esigenti, comportamenti antisociale e ostilità da parte di altri bambini. Inoltre "è difficile distinguere l'ADHD da altri problemi a causa della sua sovrapposizione con altri disturbi a manifestazione comportamentale¹" e bisogna stare attenti che molte circostanze possono provocare sintomi che si sovrappongono con quelli dell'ADHD in età prescolare, come il cambiamento repentino nella vita del bambino (morte di un genitore o del nonno, divorzio dei genitori o uno dei due genitori diventa disoccupato), una patologia medica (come un versamento cronico all'orecchio medio che provoca problemi uditivi intermittenti), ansia o altri disturbi; la diagnosi differenziale può essere fatta con l'utilizzo di strumenti diagnostici specifici per quel disturbo. In questi bambini, inoltre, prima dei tre anni si possono trovare pregressi disturbi della regolazione (una capacità che i bambini hanno fin dalla nascita, di regolare i propri stati emotivi e le risposte comportamentali) che includono gli stati emotivi, l'arousal, l'organizzazione di comportamenti complessi, comprese le interazioni sociali. *L'inattenzione* o la facile distraibilità si manifesta come una scarsa cura per i dettagli ed incapacità di portare a termine le azioni intraprese; appaiono sempre distratti come se avessero altro per la mente, evitando di svolgere attività che richiedono attenzione per i particolari o abilità organizzative, perdono frequentemente oggetti significativi o dimenticano attività importanti. *L'impulsività* è come una difficoltà ad organizzare azioni complesse, con

¹ Campbell, 1994

tendenza al cambiamento rapido da un'attività ad un'altra e con difficoltà ad aspettare il proprio turno in situazioni di gioco e di gruppo.

Ancora, secondo le linee guida, quando il comportamento del bambino con/senza problemi di attenzione indicativi di ADHD stanno avendo un impatto negativo sullo sviluppo o sulla vita familiare, i professionisti sanitari devono prendere in considerazione un periodo di attesa vigile di dieci settimane e offrire ai genitori Parent Training, ma se il comportamento persiste si invia alle cure secondarie per la valutazione.

Si possono creare delle barriere che possono ostacolare la comunicazione e la diagnosi: per esempio i genitori possono non rilasciare il consenso alle informazioni scritte, può esserci una mancanza di tempo dovuto alla scarsità o assenza di risorse e alla restrizione di ruolo. I genitori possono non riconoscere i sintomi di iperattività e di conseguenza non chiedere aiuto al medico. Ci sono però delle strategie per superare queste barriere, come la valutazione attenta della casa e degli ambienti scolastici per migliorare l'organizzazione e diminuire le distrazioni e la frustrazione, il coinvolgimento dell'intera famiglia nel piano di trattamento, il fornire gli interventi necessari per tutti i membri della famiglia.

Quando nel bambino si riscontrano le problematiche sopra discusse, si inizia un percorso diagnostico, che si compone di diverse fasi:

1) Anamnesi

Rileva i segni precoci del disturbo e mira ad individuare elementi riferibili ad un'altra eventuale condizione morbosa di base. Importante è l'anamnesi familiare, le caratteristiche dei genitori predittivi del disturbo e quelle del bambino fin dalla nascita.

2) Osservazione clinica

Ovviamente una osservazione non deve esserci quando la situazione è nuova o quando il bambino compie delle azioni interessanti per lui, ma deve essere fatta durante attività ripetitive, noiose, che richiedono sforzi mentali, in cui possono esserci molte distrazioni, con una minima sorveglianza degli adulti. Ci sono dei campanelli di allarme che possono aiutare nella diagnosi precoce di questo disturbo:

- fin da piccoli sono molto irritabili, inclini ad un pianto poco consolabile;
- mostrano difficoltà legate al sonno e all'alimentazione;

- sono facilmente frustrabili;
- sono molto attivi e iniziano a camminare molto precocemente;
- tengono un comportamento di solito immaturo per l'età;
- mostrano difficoltà nel rispetto delle regole;
- hanno crisi di rabbia;
- hanno difficoltà a tollerare i no e le attese;
- c'è assenza di paura, con condotte pericolose e/o incidenti.

3) *Esame neurologico, cognitivo e psichiatrico*

Vanno condotti inoltre altri accertamenti, in quanto possono esserci altri disturbi di fondo, tra cui un disturbo evolutivo della coordinazione motoria, che viene riscontrato nell'8% della popolazione in età prescolare; in questo caso entrano in campo anche altri specialisti, come il logopedista, la psicomotricista, al fine di valutare eventuali comorbidità e provare con loro un lavoro/recupero.

4) *Valutazione*

Attraverso l'utilizzo di scale si fa una valutazione del bambino che prende in considerazione:

- l'inattenzione, esaminando la presenza di una riduzione dell'attenzione e di distraibilità;
- l'iperattività/impulsività, rilevando eventuali livelli elevati di iperattività, irrequietezza e impulsività;
- i problemi di apprendimento, evidenziando difficoltà scolastiche in lettura, scrittura e/o matematica;
- il funzionamento esecutivo, indagando la presenza di difficoltà nelle capacità organizzative;
- la provocazione/aggressività, valutando l'aggressività fisica e/o verbale;
- le relazioni con i pari, analizzando le difficoltà relazionali con i compagni;
- le relazioni con i familiari, esaminando le difficoltà in famiglia.

Ci sono diverse scale che possono essere utilizzate, tra cui la Conners 3 (utilizzata nel contesto di Bergamo, indirizzata a genitori e insegnanti), la CBCL (Child Behavior CheckList, con un assetto puntato al disturbo attentivo e negli USA compilata dall'Infermiere) e la SNAP (scala più contenuta e semplice nella compilazione).

5) Interviste diagnostiche

Malgrado non esistano test diagnostici specifici per l'ADHD, la valutazione ha molte sfaccettature e dovrebbe includere interviste dettagliate sia con il bambino che con i genitori (un'intervista diagnostica semistrutturata è la K-SADS-PL); deve prendere in considerazione tutti i sintomi dell'ADHD, durata, frequenza, severità e inizio per ognuno di questi, utili per definire le caratteristiche del disturbo e seguirne l'andamento. Il clinico deve inoltre fare un esame mentale per escludere altre patologie, che include altezza, peso, pressione sanguigna, esame neurologico (che appaiono normali); differisce invece l'osservazione durante la visita in ufficio, che fornisce indizi sui suoi comportamenti come incapacità di sedersi ancora, irrequietezza, attività eccessiva nella sala d'esame e frequenti interruzioni. Inoltre le scale di valutazione e le interviste possono aiutare a differenziare la patologia con altre comorbidità, presenti nell'80% dei casi, quali:

- Disturbo Oppositivo Provocatorio, persistente per almeno sei mesi di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente ed ostile nei confronti di figure autoritarie. Si presenta dispettoso e vendicativo, arrabbiato e rancoroso, sfidando o rifiutando le richieste e le regole degli adulti; è irritato dagli altri, offende, accusa gli altri per i propri errori o comportamenti, litiga con gli adulti;
- Disturbo della Condotta, persistente per almeno sei mesi di comportamento ripetitivo e persistente, in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violate. Il bambino con tale disturbo fa il prepotente, minaccia e intimidisce gli altri, marina la scuola, da inizio a colluttazioni fisiche, appicca il fuoco, mente per ottenere vantaggi, è crudele con persone e animali, ruba o distrugge proprietà altrui, ha usato un'arma che può dare seri danni fisici e trascorre la notte fuori casa o fugge di casa.
- Disturbi d'ansia;
- Depressione e Disturbo bipolare.

6) Valutazioni degli apprendimenti scolastici

Possono esserci delle comorbidità come Disturbi di Apprendimento (DSA), quali dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia, che sono presenti nell'ADHD nel 42% dei casi.

Il ruolo dell'Infermiere nella diagnosi di ADHD all'estero

L'Infermiere (scolastico e di famiglia) viene definito come catalizzatore, facilitatore, sostenitore e consulente dei servizi della salute mentale, sia nell'ambiente scolastico che nella comunità, e svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi dell'ADHD.

Per la sua importanza, l'American Academy of Pediatrics sostiene l'idea di avere in ogni istituto un Infermiere scolastico a tempo pieno, che abbia legami con i pediatri per valutare le necessità della salute. Inoltre gli Infermieri di Famiglia impiegati nelle comunità rurali possono essere il primo punto di contatto per i bambini dai 4 agli 11 anni con sintomi di ADHD, grazie alla loro preparazione sul disturbo, sulle linee guida per la diagnosi e la cura, sulle risorse disponibili e dei riferimenti all'interno della comunità.

Nelle realtà americane, inglesi e spagnole (dove, in queste ultime, da pochi mesi è stata introdotta nelle scuole la figura dell'Infermiere come obbligatoria) l'Infermiere non è solo il mero controllore della terapia e degli effetti avversi correlati, ma è anche il primo specialista che diagnostica ADHD nel bambino prescolare, servendosi sia degli strumenti clinici, quali scale e questionari, sia dei rapporti di osservazioni forniti da maestri, altri operatori scolastici e genitori/tutori stessi. La sua importanza deriva soprattutto nel dare il via al processo diagnostico-terapeutico, attivando tutta la rete e l'interconnessione dei professionisti, in modo da porre il bambino al centro di un processo sanitario consapevole e ottimale.

Una volta ottenuto il permesso da parte dei genitori l'Infermiere scolastico può prendere informazioni dalle maestre, dallo psicologo scolastico, dai consulenti o da altro personale scolastico, che possono essere d'aiuto per la valutazione continua del bambino e del suo processo di cura.

Inoltre può connettersi con altri professionisti sanitari con l'ausilio della teleconferenza, che può aumentare la comunicazione e permettere al personale di più scuole di fare un briefing collegiale, discutendo dei vari casi di bambini dell'istituto.

I trattamenti dell'ADHD

Quando la diagnosi è stata fatta si aiutano entrambi i genitori a identificare e rimuovere le barriere salute-correlate per il successo nell'istruzione e nella cura. Inoltre

è opportuno, previo consenso dei genitori/tutori, contattare la scuola del bambino per dare informazioni circa la diagnosi, la gravità dei sintomi, il piano di cura e qualsiasi esigenza educativa speciale.

Il trattamento di questa patologia varia per diversi step, dipendentemente dal grado di ADHD che il bambino ha e dalle necessità che incontra; si può iniziare un Parent Training al fine di modificare il suo comportamento con rinforzi o punizioni, fino ai consigli sulla dieta, ai programmi scolastici per incentivare l'istruzione, allo sport e, da ultimo, alla terapia farmacologica.

Di seguito sono descritti i diversi trattamenti che vengono attuati per far fronte alla patologia.

Psicoeducazione e Child-training

Il Child Training è una educazione che ha l'obiettivo di rendere il bambino consapevole del disturbo e di fargli conoscere le sue caratteristiche comportamentali e cognitive; lo si aiuta ad usare procedure di problem solving e di autogestione per il raggiungimento degli obiettivi. Tutto questo per migliorare l'apprendimento e ridurre lacune scolastiche, per controllare la rabbia, migliorare l'interazione sociale, ridurre la bassa autostima e la depressione, il tutto fatto con la collaborazione della famiglia e della scuola, in modo tale che il lavoro possa avvenire a 360° nella vita del bambino.

Parent Training e Terapia Comportamentale

Un trattamento chiave nell'ADHD è la formazione dei genitori, che comporta da nove o dieci incontri a cadenza quindicinale. Inizialmente vengono date informazioni circa la patologia, e successivamente viene fatta una formazione sulle strategie utili nel gestire i comportamenti del bambino, sulle tecniche specifiche per dare comandi, rafforzare il comportamento sociale adattivo e positivo e diminuire o eliminare i comportamenti inappropriati; viene inoltre offerto un programma di manutenzione e prevenzione della ricaduta. Una revisione sistematica della letteratura ha rivelato che la formazione strutturata dei genitori può dare cambiamenti molto positivi nel comportamento dei bambini; questa formazione porta alla creazione di una terapia comportamentale, che ha come scopo la modifica dell'ambiente fisico e sociale, di apprendere tecniche specifiche per modificare e regolare il loro comportamento attraverso l'utilizzo di ricompense e punizioni (applicate ovviamente in modo coerente): il tutto attraverso quattro tecniche principali:

- Rinforzo Positivo: si forniscono premi o privilegi sulle prestazioni del bambino (ad es. se completa un'assegnazione è autorizzato a giocare al PC);
- Timeout: si rimuove l'accesso al rinforzo positivo sulle prestazioni di comportamento indesiderato o problematico (ad es. colpisce il fratello impulsivamente ed è tenuto a sedersi 5 minuti in un angolo della stanza);
- Costo di Risposta: ritira premi o privilegi sulle prestazioni di comportamento problematico indesiderato (ad es. perde i privilegi di tempo libero se non completa tutti i compiti);
- Economia Simbolica: si combina il Rinforzo Positivo con il Costo di Risposta, dove il bambino guadagna premi e privilegi per l'esecuzione di comportamenti desiderati e li perde se esegue comportamenti indesiderati, il tutto tramite stelle; i desiderati danno una stella, gli indesiderati ne tolgono una e alla fine della settimana la somma delle stelle stabiliscono il premio.

Inoltre la gestione del comportamento del figlio con ADHD deve comporsi delle 3F della disciplina efficace, cioè deve essere:

- Ferma (Firm), dove le conseguenze costanti dovrebbero essere dichiarate chiaramente e applicate quando il comportamento è inadeguato;
- Equa (Fair), dove la punizione viene adattata al reato (quella dura non è necessaria);
- Gentile (Friendly), cioè quando si comportano in modo improprio, si utilizza uno stile di comunicazione amichevole ma costante, incoraggiandoli a cercare di ricordare ciò che dovrebbe fare per evitare conseguenze future.

Teacher Training

Come nel Parent Training, vengono offerte sessioni formative anche agli insegnanti che hanno nelle loro classi bambini con ADHD. È composto da sei incontri a cadenza quindicinale, al fine di dare informazioni e tecniche utili nel gestirli durante l'orario scolastico; viene inoltre compilato un questionario, uno prima dell'inizio del training e uno alla conclusione, al fine di valutare se la formazione sia stata utile e abbia portato ad un cambiamento significativo.

Consigli dietetici

È bene che i professionisti sanitari sottolineino il valore di una dieta equilibrata, una buona alimentazione e un esercizio fisico regolare, anche se la restrizione

dietetica per i bambini affetti da ADHD non è molto efficace. Tra questi viene consigliato un integratore di acidi grassi polinsaturi, che aiutano a migliorare l'attenzione ma che hanno un costo economico elevato (Equazen), e gli zuccheri, che sono invece da evitare (aumentano l'iperattività). Studi consigliano di tenere un diario del cibo per valutare eventuali relazioni e, se ci sono, offrire un rinvio al dietista.

Programmi scolastici

I programmi scolastici coordinano gli sforzi della scuola per ottenere miglioramenti sul comportamento e, se uniti a quelli fatti a casa, potrebbero aumentarne gli effetti positivi. Questi includono il posto a sedere preferito, incarichi di lavoro modificati, primo banco a scuola, frazionamento dei compiti. Nelle realtà americane viene inoltre stilato un Piano Individualizzato di Salute, fatto dall'Infermiere nella scuola, per creare un piano di trattamento all'interno dell'istruzione scolastica del bambino. Importante sarà il ruolo della scuola e degli insegnanti, nel promuovere migliori capacità attentive e autoregolatrici, attraverso il *modellamento*, ossia l'apprendere osservando e imitando il comportamento di un modello, e lo *shaping*, il rinforzare quei comportamenti che più si avvicinano all'obiettivo; il tutto tramite giochi cooperativi fatti con i suoi compagni.

Sport

Alcune ricerche evidenziano che gli sport individuali soddisfano maggiormente i bambini con problemi attentivi, poiché nei giochi di squadra (come calcio e basket), i giocatori mantengono alta la concentrazione sulle strategie di gioco. La pratica sportiva migliora e riduce la comparsa della sintomatologia tipica dell'ADHD, ma non solo: si è visto come la partecipazione a regolari attività fisiche migliori soprattutto la percezione che l'individuo ha di sé. Iniziare a praticare uno sport significa entrare a far parte di una squadra, cominciare a frequentare un ambiente nuovo ed entrare in relazione con persone diverse; tutto ciò che il bambino con ADHD incontra per la prima volta ha delle regole e dei tempi, nei quali deve pian piano provare ad inserirsi e sintonizzarsi. Soprattutto sono consigliati la scherma e le arti marziali a chi ha un ADHD di tipo disattentivo, che comportano un allenamento morale, attenzione, concentrazione e coordinazione; il judo forma il carattere del bambino e insegna che per vincere occorre cedere, per utilizzarlo come suo vantaggio, oltre a migliorare l'autogestione, il controllo dell'aggressività, il rispetto delle regole e dei turni, l'accettazione della frustrazione, la modulazione della forza fisica e l'armonizzazione motoria. Altri sport possono essere

il tiro con l'arco (che implica concentrazione, libertà di pensiero, controllo motorio), gli scout (che ha una impostazione non competitiva ma cooperativa, con regole, educatori di riferimento e obiettivi da raggiungere), l'arrampicata sportiva (che dà equilibrio, agilità, memoria, concentrazione) e il trekking (orientamento, perseveranza). Non da ultimo il rugby, tra cui negli ultimi anni, proprio per questa patologia, è nata una collaborazione per un progetto tra l'Ospedale Papa Giovanni XXIII e Rugby Bergamo 1950, al fine di incarnare valori e regole, limiti e potenzialità, per intervenire attivamente ed efficacemente in ambito sportivo, in grado di cogliere la complessità e contenere diversi livelli di lavoro e di relazioni. Tutti questi sport se praticati in gruppo possono promuovere anche il rispetto dei ritmi e dei tempi altrui.

Terapia farmacologica

Se i trattamenti sopra descritti non producono miglioramenti significativi, vengono prescritti i farmaci, dove ci sono due categorie usate per l'ADHD. Il metilfenidato, scoperto da un medico svizzero negli anni '40 (al quale diede il nome di sua moglie Rita), è presente in due formulazioni: la prima, il Ritalin, ha un rilascio immediato, mentre la seconda ha un rilascio prolungato, composta dall'Equasym (30% immediato e 70% durante la giornata) e dal Medikinet (50% immediato e 50% durante la giornata); altra categoria di farmaci sono i derivati anfetaminici. La terapia è efficace per circa il 70% dei bambini con ADHD, dando aumento dell'attenzione, capacità di portare a termine i compiti assegnati, riduzione dell'impulsività, della distrazione e delle interazioni interpersonali conflittuali. Tuttavia i risultati ottenuti non hanno evidenziato nei pazienti trattati un miglior inserimento sociale; ne consegue che le evidenze a tutt'oggi disponibili supportano l'uso del farmaco non da solo, ma abbinato ad una terapia comportamentale.

Molti psicoanalisti affermano che la somministrazione di psicofarmaci in età giovanile aumenta, nell'età adulta, il rischio di abuso di sostanze, ma ricerche hanno smentito tale affermazione: una metanalisi dei dati di letteratura ad oggi disponibili indica che, indipendentemente dall'eventuale sensibilizzazione al metilfenidato, l'esposizione precoce al trattamento farmacologico di bambini con ADHD, piuttosto che favorire, previene l'abuso di sostanze psicotrope in adolescenza e in giovane età. Inoltre altri studi indicano gli effetti positivi della terapia comportamentale una volta unita con i farmaci e con i genitori significativamente più soddisfatti: circa l'80% dei bambini che hanno bisogno di farmaci per l'ADHD continuano a richiederlo da adolescenti e più del 50% continuerà a richiederlo da adulti. In Italia l'uso della terapia

è molto basso rispetto agli altri paesi mondiali: in Lombardia il 29%² di pazienti con ADHD hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci.

Se non si ha ancora una diagnosi certa di ADHD si avviano solamente i programmi di terapia comportamentale. Gli studi affermano che la formazione dei genitori aumenta le capacità del bambino e diminuisce il comportamento disgregativo, ma non necessariamente porta il comportamento del bambino con ADHD nel range normale.

ADHD nell'età adulta: l'evoluzione della patologia

Molti genitori di bambini con ADHD hanno avuto questa patologia in età scolare, che si presenta nell'età adulta come disorganizzazione, iperattività oppure sono in comunità per tossicodipendenti. Non c'è una remissione completa della patologia, ma restano dei tratti che la persona si porterà nell'età adulta, determinati dalla presenza o meno di comorbidità; il sottotipo disattento ha una buona prognosi (se non ha comorbidità), sviluppando da adulti disorganizzazione, mentre quello impulsivo-iperattivo svilupperà iperattività. Inoltre l'ambiente sociale di appartenenza influenza le comorbidità e le manifestazioni che le persone avranno in età avanzata.

Il ruolo dell'Infermiere all'estero nel trattamento

L'Infermiere viene definito come il “miglior alleato³” per quanto concerne la dose e gli effetti avversi della terapia, ma nelle realtà americane e inglesi non sono solo meri controllori della terapia e dei parametri vitali.

Essendo l'Infermiere il primo attore che identifica nel comportamento del bambino i probabili sintomi dell'ADHD, è lui che avvia la connessione con i diversi specialisti, al fine di ottenere fin da subito i migliori servizi per il bambino. Diventa una sorta di “consulente” per il bambino e per la famiglia fornendo informazioni circa la patologia e gli effetti avversi nella vita quotidiana, i probabili trattamenti e i gruppi di aiuto e di

² Fonte IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

³ Silver, L. *What to tell the school about your child's ADHD and medical needs* In: www.additudemag.com

terapia comportamentale per avviare i genitori e il bambino ad un iter, al fine di arrivare a una condizione di stabilità; inoltre l'Infermiere è un punto di connessione tra gli specialisti e le maestre in ambito scolastico fornendo informazioni circa diagnosi, manifestazioni della malattia e trattamenti che possono essere attivati, nonché suggerimenti per la gestione del bambino in aula (grazie inoltre all'organizzazione di corsi di formazione per insegnanti e per il personale scolastico).

L'Infermiere scolastico genera così un Piano Individualizzato di Salute, che rientrerà nel Programma Educativo Individualizzato (IEP) già presente nelle scuole, per programmare e rendere ottimali gli interventi sul bambino con un programma preciso e personale che racchiude obiettivi, risorse, difficoltà ed eventi mirati.

Occorre difatti una collaborazione sinergica tra Infermiere e i vari professionisti per avviare una campagna informativa, una sorveglianza dell'efficacia dell'intervento medico e degli effetti avversi della terapia assunta.

DISCUSSIONE

Nelle realtà americane e inglesi (e da quest'anno anche in quella spagnola) l'Infermiere è presente in ambiti extraterritoriali, più vicini alla famiglia e agli individui, integrato nella realtà sociale quotidiana: difatti è presente nelle scuole come Infermiere scolastico e nelle famiglie come Infermiere di Famiglia. La costante presenza in questi contesti, la quotidianità, l'osservazione diretta e continua sul campo, la conoscenza acquisita in corsi di specializzazione presenti in ambito nazionale hanno permesso di acquisire conoscenze approfondite sui problemi di attualità e avere le abilità per intervenire secondo il proprio curriculum formativo e le proprie capacità e competenze; tutto questo per trovare una soluzione sia diretta (nell'applicare procedure e terapie, nel fare diagnosi) che indiretta (rinviando ad uno specialista e rimanendo in contatto, soprattutto dopo la diagnosi di una patologia, per poter seguire quotidianamente il bambino).

La presenza costante di questa figura nei diversi contesti è anche un punto di riferimento, una guida alla quale la persona può fidarsi e affidarsi, per creare un rapporto di fiducia e per ottenere il massimo beneficio da tutta la rete dei servizi sanitari a sua disposizione, grazie all'interconnessione che l'Infermiere crea. Grazie ai corsi di specializzazione, al DSM-IV e all'ICD-10, alle linee guida, alla conoscenza della rete dei servizi e all'esperienza, l'Infermiere può determinare e seguire passo passo il trattamento riservato.

ADHD in Italia

Nel mondo la prevalenza di bambini affetti da ADHD è il 9-11%. Fonti⁴ dal *Registro ADHD Regione Lombardia* riferiscono che nella Regione Lombardia al 2 novembre 2017 sono stati registrati 4.208 pazienti, 309 solo nel Centro di Bergamo; di questi l'80% hanno ricevuto una diagnosi di ADHD. Ad oggi sono nate varie Associazioni che

⁴ Fonte IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

permettono a genitori e insegnanti di capire cosa è l'ADHD e trovare trattamenti e risposte a questo tipo di disturbo, come l'*A.I.D.A.I.* e l'*A.I.F.A. Onlus*.

Nel 2000 a Firenze è stata redatta dall'Associazione Italiana Disturbi di Attenzione/Iperattività (AIDAI) la *1ª Carta dei Diritti del Bambino Disattento/Iperattivo*, un comunicato stampa che descrive la situazione italiana circa la conoscenza del disturbo, gli aspetti diagnostici e terapeutici sul tema e gli interventi educativi in vigore, periodo in cui l'ADHD era ancora poco conosciuta e studiata: questa carta dei diritti si impegnava per intervenire sul tema, sottoponendo ai Provveditori e Dirigenti Scolastici la necessità di corsi di formazione per maestre ed insegnanti, al fine di migliorare l'aiuto da dare al bambino nel contesto scolastico.

Nell'ottobre 2002 la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha approvato una linea guida⁵ che inquadra e definisce le modalità di intervento psicoeducativo e psicoterapico per l'ADHD.

Il Ministero dell'Istruzione italiana prende atto dell'ADHD con la circolare 4089 del 15/06/2010, dove invita le scuole alla conoscenza dell'ADHD e alle sue manifestazioni, sottolineando più tardi, nel 2010, l'importanza della continuità tra la scuola dell'infanzia e la scuola primaria⁶.

Solo nel 2012 si arriva a delineare l'avvio di un programma didattico personalizzato per bambini con ADHD⁷ e un master per insegnanti per il trattamento dello stesso⁸. Infine nel 2013 arrivano dal Ministero le indicazioni operative per inserire nei Bisogni Educativi Speciali (BES) i ragazzi con ADHD⁹, riservandogli delle agevolazioni scolastiche e la stesura, non obbligatoria, di un Piano Didattico Personalizzato.

Ad oggi in Italia ci sono centri per l'età evolutiva e studi di psicologia che, oltre a rilasciare diagnosi di ADHD, promuovono corsi informativi e di formazione sul tema per genitori e insegnanti e organizzano incontri di Parent e Teacher Training. Le

⁵ SINPIA (2002) *Linea guida del trattamento cognitivo comportamentale nei Disturbi da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD)*.

⁶ MIUR (2010) *Sintomatologia dell'ADHD in età prescolare. Continuità tra scuola dell'infanzia e scuola primaria*. circolare 7373

⁷ MIUR (2012) *Piano Didattico Personalizzato per alunni e studenti con Sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Chiarimenti*. circolare 1395

⁸ MIUR (2012) *Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*. circolare 2213

⁹ MIUR (2013) *Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica". Indicazioni operative*. circolare ministeriale 8

principali figure professionali che intervengono sono il medico NPI, lo psicologo ed eventuale altro professionista in base alla comorbidità che si manifestano, che attuano (attraverso l'intervento in rete) un trattamento multimodale, per dare un completo e adeguato sostegno alla cura del bambino. In Lombardia sono presenti 18 Centri di Riferimento per l'ADHD.

ADHD e Infermiere in Italia

Mentre in America e Inghilterra l'Infermiere di Famiglia e quello scolastico sono presenti da tempo e in Spagna l'Infermiere Scolastico è oramai diventata una realtà dall'anno scolastico 2017/2018, la situazione in Italia è diversa. Infatti l'Infermiere sulla patologia copre un ruolo meramente pratico, dove è chiamato ad effettuare prelievi e a somministrare la terapia negli ambulatori pediatrici. Occorre invece una figura che permetta di fare tramite con la rete dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, che sia un punto di riferimento per le problematiche che emergono in bambini e adolescenti, nonché adulti e anziani presenti sul territorio, o come aveva proposto Emma Bonino nella candidatura alle regionali di Roma, una «figura che permetta di distinguere la parte sanitaria da quella sociale (...), un punto di riferimento per qualsiasi cosa¹⁰».

Dal punto di vista scolastico sono molte le richieste avanzate negli ultimi anni per avere un Infermiere nelle scuole. Si discute anche in termini di responsabilità: gli insegnanti, non avendo le competenze, non si assumono responsabilità derivanti dalla gestione della terapia in orario scolastico¹¹ (come ad esempio la somministrazione di insulina), lasciando così scoperti i bambini/ragazzi dal punto di vista gestionale e di primo soccorso: allo stato attuale migliaia di bambini affetti da diabete, asma e malattie croniche rimangono in quel limbo istituzionale nel quale insegnanti e personale ATA si assumono una responsabilità che non è loro richiesta, che va al di là delle rispettive competenze.

Nel 2015 in quattro scuole di Ravenna è iniziata una sperimentazione, *La scuola promotrice della salute*¹², che integra sistema scolastico, Sistema Sanitario,

¹⁰ Collegio Ispasvi di Roma (2010) *Bonino propone l'Infermiere scolastico*. 4.

¹¹ www.thenursingpost.com (2014) *Infermiere scolastico: il cambiamento inizia nelle scuole ...*

¹² www.nursetimes.org (2015) *Ai nastri di partenza il progetto "La scuola promotrice della salute"*.

Volontariato e Associazioni: la prerogativa che deve avere l'Infermiere è quella di conoscere le reti sanitarie e sociali che si integrano con il sistema scolastico, per la continuità delle cure per le malattie croniche e per la presa in carico dei nuovi casi. Questa sperimentazione è tutt'oggi ancora attiva.

Importante se non fondamentale è la presenza della figura dell'Infermiere di Famiglia nelle realtà locali. Questa figura può essere il tramite per raccogliere e continuare il soddisfacimento dei bisogni della persona dimessa dall'ospedale, in quanto il più delle volte sono abbandonate a sé stesse dal punto di vista assistenziale. L'Infermiere di Famiglia è una realtà già consolidata in alcune regioni d'Italia, ma non è del tutto nota in quanto la mentalità del paese non riesce a dissociare il ruolo dell'Infermiere con quello del medico: «il suo intervento si innesca quando la persona va necessariamente seguita a domicilio, dove solo l'Infermiere può andare in modo continuativo controllando – e nel caso interpellando il medico – che tutto proceda per il meglio¹³». Grazie al decreto Balduzzi nel 2012 si assisteva ad una riorganizzazione delle cure primarie in ambito domiciliare e territoriale, proponendo poliambulatori distrettuali con servizio 24 ore su 24; più tardi, nel 2014 si proponeva la modifica del suddetto decreto, chiedendo di introdurre ufficialmente la figura di dell'Infermiere di Famiglia come «figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini¹⁴». Tutt'oggi siamo fermi qua.

Complessivamente la figura dell'Infermiere è vista sull'aspetto della cronicità e alla terza età: manca l'ambito delle fasce fragili dei bambini, dell'intercettazione delle patologie nei bambini, dell'assistente sanitario nelle scuole. Diventa così necessario coinvolgere le persone, le comunità, le famiglie nella scoperta di questo ruolo. Inoltre può essere una figura chiave, importante per la gestione di certe problematiche di cui non si conoscono nemmeno le cause, come ad esempio l'ADHD. In questa patologia (così come in altre) il ruolo dell'Infermiere può essere di formazione, di identificazione del fenomeno e di diagnosi trasversale, di indicazione ai genitori sull'attivazione della rete dei servizi che il Sistema Sanitario Nazionale mette a disposizione (Neuropsichiatria Infantile, Studi di Psicologia, Pediatria); può avere un compito di connessione con i servizi attivati, di pianificazione degli interventi, in modo tale da

¹³ Ipasvi (2017) *L'Infermiere*. 1.

¹⁴ www.nurse24.it (2017) *Infermiere di Famiglia, il futuro dell'assistenza*.

avviare un processo di diagnosi e trattamento; oltre che catalizzatore di questi processi, l'Infermiere resta il punto di riferimento alla quale la famiglia e il bambino confida ed affida i propri punti di vista, ansie, preoccupazioni, fungendo da perno di tutta l'assistenza: occorre un'alleanza con i genitori, l'instaurazione di un rapporto di fiducia, per essere una guida fondamentale del processo assistenziale del loro figlio.

Oltre che a livello familiare, l'Infermiere può fare formazione all'interno delle scuole, indirizzata a maestri e personale scolastico per spiegare il fenomeno, intercettare segni e sintomi precoci di questa disfunzione, l'importanza di una diagnosi precoce per un intervento ottimale e l'introduzione alla rete di servizi che esiste e che può essere attivata.

CONCLUSIONI

Il tema dell'ADHD è complesso. Non è un mero affidare il bambino alle cure di uno psichiatra tramite farmaci o lasciare che i sintomi svaniscano con l'età. I genitori affrontano con difficoltà questa situazione, sperimentando ansie e problemi in famiglia, e sanno che il tema è delicato e non del tutto conosciuto ed approfondito in Italia; proprio per questo anche loro non hanno gli strumenti necessari per poter riconoscere questa patologia in correlazione ai comportamenti che notano nel loro figlio, arrivando a non attuare un trattamento utile e precoce per loro e per il suo bene.

Affrontare questo argomento mi ha fatto capire come nel nostro paese non si abbia ancora diffusa questa utile pratica infermieristica, come le ricerche scientifiche ormai consolidate e concretizzate nella pratica comune di altri paesi, in Italia siano solo un futuro prossimo non ancora scoperto. Si nota come siamo carenti della multidisciplinarietà che l'Infermiere può offrire nella società, della professionalità che può mettere in campo nel riconoscere problematiche patologiche che tutt'oggi vengono affrontate con pregiudizi e stigmatizzazioni. Ad oggi le realtà italiane sono frammentate: alcune hanno una vasta rete di servizi, articolata ed estesa (anche con l'aiuto dell'Infermiere di Famiglia), altre invece sono povere, assenti e offrono poco o nulla sul tema o sono poco preparate.

In Lombardia un punto di svolta è iniziato attraverso la riforma sanitaria del 2015¹⁵, dove si mira all'integrazione del Servizio Sanitario con il mondo sociale, insieme alla collaborazione dei comuni; con la nascita dei *PreSST* si avviano nuove modalità per l'accesso alle cure nel garantire la continuità assistenziale, attraverso una rete di protezione formata da famiglia, amici, consultori e comuni, nonché dalle U.O. dell'A.S.S.T. di appartenenza.

Inoltre secondo la L.R. 33/2009¹⁶ (riconfermata poi dalla riforma sanitaria del 2015) si istituisce "il servizio dell'Infermiere di Famiglia e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino", una figura concreta che deve essere presente

¹⁵ Regione Lombardia, L.R. 23/2015

¹⁶ Regione Lombardia, L.R. 33/2009, art. 10 comma 10

nelle realtà locali, avvalendosi dei PreSST, delle A.S.S.T., degli A.T.S. e di tutta la rete a disposizione per offrire il massimo percorso di diagnosi, trattamento e cura.

Importante strumento formativo è soprattutto il Master Universitario di I livello “Assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: l’Infermiere di Famiglia e di Comunità”, offerto dall’Università Milano-Bicocca alla sua II edizione (nell’A.A. 2017/2018), dove con l’insegnamento *Assistenza Infermieristica in età pediatrica e nel contesto scolastico* vengono sviluppati i moduli di:

- Assistenza sul territorio rivolta al bambino e all’adolescente;
- Salute Scolastica;
- Assistenza Infermieristica in ambito Scolastico.

Da prendere come esempio è invece la realtà spagnola, che ha risposto alle esigenze sociali con l’introduzione dell’Infermiere nelle scuole. Questa figura, che deve aver conseguito un master universitario dopo la laurea in Infermieristica (che in Spagna è quadriennale), entra a far parte totalmente dell’organico scolastico, e non servirà solo come esecutore di pratiche assistenziali, ma come protagonista e responsabile dell’educazione sanitaria, come intercettatore di segni premonitori di eventuali patologie, di gestione delle malattie croniche dei bambini e come catalizzatore dei processi di cura attraverso la rete di servizi presenti.

Il mio augurio è che nel futuro la situazione possa sbloccarsi in Italia, aiutando la società ad abbandonare la rete di pregiudizi che c’è sul comportamento di questi bambini, attraverso incontri e seminari aperti a tutti. Un augurio che porti finalmente un Infermiere di Famiglia in ogni realtà del territorio nazionale, che possa non solo aiutare anziani e persone con patologie croniche, ma assistere al meglio questa categoria fragile, i bambini, attraverso una presenza continua sul territorio; che possa dare un aiuto e sostegno nelle famiglie e nelle scuole attraverso l’integrazione con l’ospedale, con i bambini e le loro famiglie, attraverso ogni servizio disponibile sul territorio. Per vederli non più segregati e abbandonati, ma accettati dalla società, aiutati e col sorriso.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics (2011) *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. 128(5) 1007-1022.

Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività (2000) *1ª Carta dei Diritti del Bambino Disattento/Iperattivo..*

Centro di riferimento per l'ADHD della Regione Lombardia (1990) *ADHD. Guida per i genitori*. <http://adhdlombardia.webnode.it>

Cha J., Fekete T., Siciliano F., Biezonski D., Greenhill L., Pliszka SR., Blader JC., Roy AK., Leibenluft E., Posner J. (2015) *Neural Correlates of Aggression in Medication-Naive Children with ADHD: Multivariate Analysis of Morphometry and Tractography*. 40(7): 1717-1725.

Conferenza Nazionale di Consenso (2003) *Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo e iperattività*.

Conte S. (2016) *Che cos'è il disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività (ADHD), aspetto clinico, iter diagnostico, indicazioni terapeutiche*. <https://www.iccamozzibergamo.gov.it/wp-content/uploads/2016/05/adhd-bergamo-05-14-1.pdf>

Della Pietà C. (2017) *L'Infermiere di Famiglia, possibili scenari applicativi*.

DeNisco S., Tiago C., Kravitz C. (2005) *Evaluation and treatment of pediatric ADHD*. 30(8): 14-25.

Ercan E., Ercan ES., Atilgan H., Kabukcu Basay B., Uysal T., Inci SB., Ardic UA. (2014) *Predicting aggression in children with ADHD*. 8(15).

Heuer B., Williams S. (2016) *Collaboration between PNP's and School Nurses: Meeting the Complex Medical and Academic Needs of the Child With ADHD*. 30(1): 88-93.

Jenzen, Bonita Jo (2014) *Primary Care Resource and Referral Guide for Children 4-11 Years of Age with ADHD*.

Lisciotta J. (2013) *Bambini con ADHD Descrizione, diagnosi e interventi* [tesi]. Verona: Università degli Studi di Verona.

Lo HHM, Wong SYS, Wong JYH, Wong SWL, Yeung JWK (2016) *The effect of a family-based mindfulness intervention on children with attention deficit and hyperactivity symptoms and their parents: design and rationale for a randomized, controlled clinical trial (Study protocol)*. 16(65).

Mutti E. (2015) *Pet Therapy e sport: possibili interventi educativi per il ragazzo con ADHD* [tesi]. Brescia: Università Cattolica del Sacro Cuore.

National Collaborating Centre for Mental Health (2013) *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. The NICE guideline on recognition, intervention and management*. 158.

National Guideline Clearinghouse (2016) *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*.

National Institute for Health and Care Excellence (2013) *Attention deficit hyperactivity disorder*. QS39.

National Institute for Health and Care Excellence (2016) *Attention deficit hyperactivity disorder*. QG72.

Salmeron PA. (2009) *Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: diagnosis, clinical practice guidelines, and social implication*. 21(9): 488-497.

Swinburne C. (2011) *Paying attention in: Nursing standard*. 25(47): 18-19.

Vierhile A., Robb A., Ryan-Krause P. (2009) *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication and Treatment Gaps*. 23(1): 5-21.

Vlam SL. (2006) *Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic assessment methods used by advanced practice registered nurses*. 32(1): 18-24.

Wolraich ML., Feurer ID., Hannah JN. (1998), *Obtaining systematic teacher reports of disruptive behavior disorder utilizing DMS-IV*. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*. 26(2): 141-152.

Woodard R. (2006) *The Diagnosis and Medical Treatment of ADHD in Children and Adolescents in Primary Care: A Practical Guide*. 32(4): 363-370.

ALLEGATI

Allegato 1

DIAGNOSI DI ADHD SECONDO IL DSM-IV E L'ICD-10

Un bambino per avere il disturbo da ADHD deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di sei mesi e in almeno due contesti; inoltre, è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

- Se un soggetto presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di ADHD - sottotipo disattento;
- Se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività-impulsività, allora viene posta diagnosi di ADHD - sottotipo iperattivo-impulsivo;
- Se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di ADHD - sottotipo combinato.

I 18 sintomi presentati nel DSM-IV sono gli stessi contenuti nell'ICD-10 (OMS, 1992), l'unica differenza si ritrova nell'item f) della categoria iperattività (parla eccessivamente) che, secondo l'OMS, è una manifestazione di impulsività e non di iperattività.

A. Entrambi (1) o (2):

(1) sei (o più) dei seguenti sintomi di Disattenzione che persistano per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

Disattenzione

- a) spesso fallisce nel prestare attenzione ai dettagli o compie errori di inattenzione nei compiti a scuola, nel lavoro o in altre attività;
- b) spesso ha difficoltà nel sostenere l'attenzione nei compiti o in attività di gioco;
- c) spesso sembra non ascoltare quando gli si parla direttamente;
- d) spesso non segue completamente le istruzioni e incontra difficoltà nel terminare i compiti di scuola, lavori domestici o mansioni nel lavoro (non dovute a comportamento oppositivo o a difficoltà di comprensione);
- e) spesso ha difficoltà ad organizzare compiti o attività varie;
- f) spesso evita, prova avversione o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale sostenuto (es. compiti a casa o a scuola);
- g) spesso perde materiale necessario per compiti o altre attività (es. giocattoli, compiti assegnati, matite, libri, ecc.);
- h) spesso è facilmente distratto da stimoli esterni;
- i) spesso è sbadato nelle attività quotidiane.

(2) sei (o più) dei seguenti sintomi di Iperattività-Impulsività che persistono per almeno 6 mesi ad un grado che sia disadattivo e inappropriato secondo il livello di sviluppo:

Iperattività

- a) spesso muove le mani o i piedi o si agita nella seggiola;
- b) spesso si alza in classe o in altre situazioni dove ci si aspetta che rimanga seduto;
- c) spesso corre in giro o si arrampica eccessivamente in situazioni in cui non è appropriato (in adolescenti e adulti può essere limitato ad una sensazione soggettiva di irrequietezza);
- d) spesso ha difficoltà a giocare o ad impegnarsi in attività tranquille in modo quieto;
- e) è continuamente “in marcia” o agisce come se fosse “spinto da un motorino”;
- f) spesso parla eccessivamente;

Impulsività

- g) spesso “spara” delle risposte prima che venga completata la domanda;
- h) spesso ha difficoltà ad aspettare il proprio turno;
- i) spesso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri (es. irrompe nei giochi o nelle conversazioni degli altri).

- B. I sintomi iperattivi-impulsivi o di disattenzione che causano le difficoltà devono essere presenti prima dei 7 anni.**
- C. I problemi causati dai sintomi devono manifestarsi in almeno due contesti (es. a scuola [o al lavoro] e a casa).**
- D. Ci deve essere una chiara evidenza clinica di una significativa menomazione nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.**
- E. I sintomi non si manifestano esclusivamente nel corso di un Disturbo Generalizzato dello Sviluppo, Schizofrenia o altri Disturbi Psicotici oppure che non siano meglio giustificati da altri disturbi mentali (es. Disturbi dell'Umore, Disturbi Ansiosi, Disturbi Dissociativi o Disturbi di Personalità).**

Codice basato sui sottotipi elencati dal DSM-IV:

- *314.01 Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività, Tipo Combinato*: se il criterio A1 e A2 è stato riscontrato negli ultimi 6 mesi
- *314.00 Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività, Tipo Disattento*: se il criterio A1 ma non il criterio A2 è stato riscontrato negli ultimi 6 mesi
- *314.01 Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività, Tipo Iperattivo-Impulsivo*: se il criterio A2 ma non il Criterio A1 è stato incontrato negli ultimi 6 mesi.

Codice basato sul disturbo e sui sottotipi elencati dall'ICD-10:

- *F 90.0 Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione*
- *F 90.1 Disturbo Ipercinetico della Condotta*
- *F 90.8 Sindrome Ipercinetica di altro tipo*

Allegato 2

INTERVISTA DEL 27/10/2017

DOTT. STEFANO CONTE

*Dirigente Medico USC Neuropsichiatria
Infanzia e Adolescenza,
A.S.S.T. Papa Giovanni XXIII di Bergamo*

DOTT.SSA VALERIA RENZETTI

*Psicologa USC Neuropsichiatria
Infanzia e Adolescenza
A.S.S.T. Papa Giovanni XXIII di Bergamo*

Quali sono i sottotipi conosciuti di ADHD? (con distinzione tra DSM-IV e ICD-10)

Secondo il DSM IV (applicato dalla NPI di Bergamo) sono tre:

- *sottotipo disattento*, prevale la componente inattentiva;
- *sottotipo combinato*, prevale inattenzione e iperattività/impulsività;
- *sottotipo iperattivo-impulsivo*, prevale aspetto iperattivo/impulsivo

e se soddisfano i criteri del DSM-IV si fa diagnosi (i questionari utilizzati si basano sul DSM-IV). Secondo l'ICD-10 invece non c'è la differenza del DSM, tende ad essere inglobato ed è la diagnosi F90, distinti in

- *sottotipo ipercinetico*, dove il bambino ha tutti i sintomi di disattenzione, iperattività e di impulsività;
- *sottotipo ipercinetico della condotta*, come l'ipercinetico, ma in più ha il disturbo della condotta.

Rispetto al DSM-IV, nella quinta versione il disturbo diventa prevalentemente dai 7 anni in su. Quindi non si può parlare di ADHD nel periodo prescolare?

Nel periodo prescolare si osservano i segni premonitori dell'ADHD secondo i margini di tempo evolutivi; poi si valuta se l'evoluzione del quadro va verso l'idea di ADHD oppure no. A volte i bambini nascono con questo disturbo e si realizza in questo periodo la patologia, ma nell'età prescolare c'è un lasso di tempo che viene dedicato esclusivamente all'osservazione.

Come si manifesta nei bambini in età prescolare?

Nell'età prescolare c'è il massimo grado di iperattività, con caratteristiche orientative quali crisi di rabbia affettive, litigiosità, provocatorietà, assenza di paura, tendenza a frequenti incidenti, comportamenti marcatamente aggressivi e disturbi del sonno.

Nell'adulto varia in base all'evoluzione, dove l'ADHD persiste ma con caratteristiche che possono variare, a seconda di come il disturbo si relaziona con l'ambiente e con l'evoluzione (ripiegamenti su ansioso-depressiva o marcatamente oppositivi-provocatori che sfociano fino al disturbo della condotta).

C'è correlazione tra ADHD e comportamento aggressivo?

In genere il bambino con diagnosi di ADHD non è prevalentemente aggressivo, ma tende ad essere vivace; si può manifestare aggressività nel momento in cui subentra o si innestano comportamenti tipici del disturbo oppositivo-provocatorio o, di più, nel disturbo della condotta, anche secondo tagli evolutivi.

Quali strumenti vengono utilizzati per fare diagnosi?

Innanzitutto l'ADHD è una diagnosi esclusivamente clinica, non esiste un test diagnostico specifico, e si basa su:

- osservazione clinica, con analisi delle competenze cognitive ed esame neurologico;
- valutazione con scale valutative, dove a Bergamo viene utilizzata la Conners 3 per genitori ed insegnanti; ci sono anche altre scale, come la CBCL (con assetto sul disturbo attenzione, ma più aperto inglobando anche i disturbi dell'affettività e dell'umore) e SNAP (scala più contenuta e semplice). La scala viene compilata dall'insegnante e dal clinico con i genitori (negli USA la CBCL viene compilata dall'Infermiere);
- Intervista Diagnostica Semistrutturata, la KSASS-PL.

Da chi è formata l'equipe per fare diagnosi e cura? L'Infermiere che ruolo ha?

L'equipe per fare diagnosi è composta dal neuropsichiatra e dallo psicologo; per le comorbidità si richiede anche l'intervento del logopedista, del psicomotricista ... Dipende dalle comorbidità, in modo tale che lo specialista che viene chiamato può, se possibile, costruire un piano di lavoro/recupero.

L'Infermiere ad oggi lavora prevalentemente in ospedale, occupandosi del prelievo di sangue e della terapia.

C'è un coinvolgimento del maestro o di altre figure?

Ai maestri nell'ambito della scuola primaria viene fornita la scala Conners 3 specifica per insegnanti e partecipa attivamente alla diagnosi e cura (la scala dovrebbe essere

compilata in sede dei consigli di classe con più persone affidabili). Poi periodicamente vengono fatti incontri con gli insegnanti dei bambini con questo disturbo, soprattutto se prendono farmaci.

A Bergamo si propone nei casi più gravi-selezionati l'affiancamento di un assistente educatore.

Quali sono i trattamenti usati? Vengono prescritti farmaci in Italia?

Ci sono diversi trattamenti che vengono attivati:

- viene proposto il Teacher Training, per gli insegnanti che hanno bambini con questa patologia, composto da sei incontri in cui si danno informazioni sulle caratteristiche dell'ADHD, per poi fare formazione con strategie per gestire i loro comportamenti; sono a cadenza quindicinale e durano 3/4 mesi, con un questionario all'inizio e alla fine del percorso per vedere l'utilità e se c'è stato un cambiamento;
- altro è il Parent Training, composto da nove o dieci incontri con la stessa struttura del Teacher Training, dove si cercano strategie per gestire la relazione con il figlio;
- dedicato al figlio c'è il Child Training, a cadenza settimanale in cui durante anno scolastico si richiede la collaborazione della famiglia e della scuola, un lavoro a 360°.

Questi non vengono sempre rispettati dai genitori e dalle scuole, dove a volte il percorso si ferma a metà o dopo pochi incontri.

Inoltre vengono in aiuto:

- Programmi Scolastici, dove attraverso una circolare del Ministero del 2010 poi rientrata nei BES (Bisogni Educativi Speciali) nel dicembre 2012 vengono date delle agevolazioni didattiche (primo banco, frazionamento dei compiti) con la possibilità di una stesura di un Piano Didattico Personalizzato (PDP), non obbligatorio;
- Sport, importantissimo soprattutto sull'aspetto dell'attenzione, come arti marziali, la scherma (che migliora attenzione, concentrazione e coordinazione); se soffre del disturbo oppositivo-provocatorio il rugby è indicato (secondo studi inglesi): l'Ospedale Papa Giovanni ha convenzione con Rugby Bergamo (per aiutarli a gestire), attraverso un progetto che coinvolge i colleghi di Pisa (progetto esclusivo dei due ospedali). Anche gli scout sono molto utili per la loro

impostazione non competitiva ma cooperativa, con regole precise, educatori di riferimento, obiettivi da raggiungere;

- Consigli dietetici non sono molto utili: vengono usati integratori di acidi grassi polinsaturi (Equazen, migliora l'attenzione, ma costano cari) e zuccheri (che non sarebbero da dare). Particolari indicazioni dietetiche non vengono date.

La terapia farmacologica viene usata in Italia, ma nonostante la diagnosi sia sottostimata, l'utilizzo dei fm è molto sotto del livello mondiale; questo perché in Italia l'ADHD è stata riconosciuta tardi.

Ci sono due principali categorie di farmaci, il principale è il metilfenidato (scoperto negli anni '40 da un medico svizzero, che lo chiamò come sua moglie Rita), presente in due formulazioni:

- a rilascio immediato, il Ritalin;
- a rilascio prolungato, l'Equasym (che rilascia 30% subito e 70% durante la giornata) e Medikinet (50% subito e 50% durante la giornata).

Altra categoria di farmaci sono i derivati anfetaminici.

Cosa ne pensa il credo popolare?

Sono nate Associazioni e agenzie contro i farmaci e contro l'esistenza dell'ADHD. Ad es. Beppe Grillo in un suo talk show (presente su YouTube) che attacca la relazione e il medico; un film Americano ADHD Rush Hour contro l'ADHD.

Quali sono i pensieri dei genitori? Come affrontano il problema?

Molti bambini a loro volta hanno genitori che sono stati ADHD, che si presentano disorganizzati o iperattivi; altri sono in comunità per tossicodipendenti (negli USA c'è una deriva); infatti molti psicoanalisti dicono che dando psicofarmaci aumentiamo fortemente il rischio di abuso di sostanze, ma la realtà è opposta: l'abuso di sostanze è una caratteristica evolutiva del disturbo di ADHD soprattutto iperattivo-impulsivo dominante.

Molti genitori sono affaticati dal disturbo e dalla difficoltà di contenimento. A volte il problema lo affrontano con disagio, perché loro stessi fanno fatica quando c'è predisposizione alla familiarità: questi bambini stancano tantissimo perché devi stare oppresso a loro. Ma nonostante questo non molte famiglie richiedono la terapia farmacologica.

Negli ultimi tempi si discute di un eccesso di diagnosi per le patologie neuropsichiatriche infantili. È così?

No, più che altro è una riduzione di diagnosi.

Si può guarire dall'ADHD?

Dall'ADHD non si guarisce totalmente, ma rimangono dei tratti secondo un aspetto di tipo evolutivo: ha una buona prognosi quello con sottotipo attentivo (se non ha altre comorbidità associate), dove sviluppa in età adulta disorganizzazione; se è sottotipo impulsivo-iperattivo la frequenza con cui si possono presentare comorbidità (come disturbo oppositivo-provocatorio o disturbo della condotta) dipende dalle caratteristiche individuali e dall'ambiente sociale di appartenenza.