

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder): possibile causa delle difficoltà scolastiche?

Raffaele D'Errico, Pediatra,
Presidente AIFA onlus (Associazione Italiana Famiglie ADHD)

Intervento in occasione del Convegno di Milano organizzato dal CIAI sui bambini adottati
11/03/2005

Parlo volentieri dell'ADHD perché ha toccato qualcosa di intimo della mia vita. Oltre che essere un medico e un pediatra, quindi anche interessato da un punto di vista culturale, sono padre e uno dei miei quattro figli è affetto dal Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), con una storia di sofferenze sue e nostre, di emarginazione, difficoltà, che hanno condotto alla nascita di questa associazione e di tutto ciò che ne è scaturito.

Mi preme sottolineare che gli aspetti scientifici a cui farò riferimento sono condivisi dall'EINAQ (European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance), un network europeo interdisciplinare che si occupa di assicurare la qualità quando si parla di questo disturbo, e al quale appartengo come membro italiano.

Raccontano alcuni genitori:

- *Siamo i genitori di due bambini russi adottati. Il nostro incontro con Andrea Pio è stato un continuo rincorrersi. Iniziamo presto a peregrinare tra un medico e l'altro per capire Andrea Pio cosa avesse. In prima elementare cambiò tre classi. Poi tre scuole. Infine anche paese. Il nostro pediatra per primo ci parlò dell'ADHD, del progetto "Parents for Parents" e di come avremmo potuto aiutare il nostro bambino. Andammo al centro specializzato e da quel momento per noi e per lui iniziò una nuova vita.*
- *Francesco casca continuamente dalla sedia e ogni scusa è buona: acqua, merenda, pipì, fratelli. Qualsiasi cosa lo distrae, anche una mosca che vola. La maestra lo chiamava "tonto" davanti a me e lo teneva in piedi vicino alla cattedra per farlo stare attento. Non sapevamo più cosa fare. Lui era sempre solo. Nessun compagno lo invitava alle feste. Con le maestre era inutile parlare perché nonostante riferissimo che quelle difficoltà erano presenti da anni, non eravamo creduti né presi in considerazione. Non mancarono i tristi richiami al nostro ruolo di genitori.*

ADHD è una sigla. Sta per *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, in italiano DDAI, *Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*

Che cos'è? È appunto un disturbo caratterizzato da tre sintomi:

1. l'iperattività, quindi una abnorme attività motoria persistente e continuativa
2. un deficit di concentrazione, sostenuto e prolungato
3. un'enorme impulsività

Chiaramente stiamo parlando di sintomi, per cui non dobbiamo subito pensare che qualsiasi bambino che si muova a 100 all'ora o che qualche volta risponda di getto o che in qualche momento sia un po' distratto e non vuole studiare, sia affetto da un disturbo.

Un disturbo è tale se risponde agli standard per i disturbi validi, ovvero se è caratterizzato da un deficit o da una mancanza di adattamento (gli adattamenti sono una caratteristica evolutiva funzionale a cui si rifanno tutti gli esseri viventi e sono meccanismi mentali).

Un disturbo è tale se produce un danno all'individuo e viene definito con una maggiore morbilità o un deterioramento delle principali attività vitali, quelle attività trans-culturali, che devono essere compiute in ciascuna età il "funzionamento" in famiglia, nel gruppo dei pari, nella comunità, la capacità di istruirsi, quindi di apprendere, lo sviluppo dell'auto sufficienza, quindi del diventare adulto, di svolgere un lavoro, di stabilire legami stabili come nella coppia, di educare i propri figli, di reciprocità e scambio sociale.

L'ADHD soddisfa entrambi i criteri, poiché crea grave deficit o mancanza di adattamento e un danno all'individuo.

Una consensus internazionale formulata nel 2002, sottoscritta da 85 studiosi di fama internazionale e che si occupano della ricerca su questo disturbo da molti anni, oltre a sottolineare che l'ADHD esiste e non è un disturbo inventato, è un disturbo invalidante, importante con un'alta frequenza, sottolinea anche che è necessario identificarlo e adeguatamente curarlo per la sua sfavorevole evoluzione. Essa mostra anche la fotografia dei soggetti ADHD.

Bambini spesso soli, che hanno pochi amici e che, a causa dei loro sintomi esternalizzanti così estremi sono estremamente "fastidiosi"; bambini che in classe non permettono lo svolgimento di una regolare lezione, che vengono cacciati dal calcetto perché continuamente disturbanti.

La differenza tra un bambino ADHD e un bambino vivace, è che il secondo è un bambino leader che tutti amano perché attira ed è abbastanza interessante, per cui quando c'è una festa e il bambino vivace non ci può andare, la festa viene rinviata; ma quando c'è il bambino ADHD "gliela si fa la festa" perché non lo si invita!

Vedete il grafico relativo all'incidenza dell'abbandono scolastico.

Raramente terminerà gli studi universitari, ma attenzione: non stiamo dicendo che un bambino ADHD sarà un drogato, un tossicodipendente, un alcolizzato, però immaginate solo per un momento cosa possa essere la vostra vita, come potreste sentirvi se vostro marito dalla mattina alla sera vi dicesse che siete incapaci, che non sapete fare nulla, che non sapete cucinare come la mamma, che non sapete stirare ed essere delle buone mogli e brave mamme. Un giorno, un mese, un anno, quando invece voi sapete di avere tutte le caratteristiche e le potenzialità per esserlo.

Quale è l'evoluzione di questo soggetto, quando arriva all'adolescenza dopo aver trascorso tutto il periodo dell'età evolutiva continuamente etichettato, sempre richiamato davanti ai genitori, alla maestra, sempre isolato nel contesto sociale e familiare (generalmente i nonni preferiscono portare a passeggio Marco e non Francesco, perché Francesco è un bambino che "rompe le scatole").

Si tratta dell'emarginazione di un bambino normodotato che è un po' come una Mercedes che corre con il freno tirato. L'ambito scientifico internazionale sottolinea l'alta evoluzione verso evoluzioni sfavorevoli come quelle che leggete sulla slide.

Ovviamente l'ADHD è un po' come per la dislessia: è disturbo che dura tutta la vita anche se si modifica nel tempo la sua manifestazione sintomatologica. Gli adulti ADHD, infatti, non hanno più questa iperattività così spiccata, ma mostrano disturbi della personalità, sperimentano con elevata frequenza la depressione, hanno un numero elevato di incidenti d'auto per la loro impulsività e disattenzione, uno scarso rendimento nel lavoro, spesso lo cambiano come anche spesso accade con la moglie o il partner.

L'ADHD non è un disturbo nuovo come sostiene qualcuno. Secondo studi filogenetici si tratta di una variazione genica, probabilmente insorta nel periodo in cui è comparso il linguaggio, 300.000 anni fa. Un soggetto iperattivo-impulsivo con scarsa capacità di prevedere i rischi di una sua azione impulsiva ha permesso però, probabilmente a questi soggetti di far emigrare in aree non depresse grosse masse di uomini, quelli che forse ci hanno permesso oggi di essere qui.

Non parliamo allora solo di soggetti ADHD che rompono, danno fastidio, non riescono a studiare ma guardiamo anche i loro lati positivi: sono fantasiosi, estroversi, di idee molto aperte, di una generosità estrema.

In quelle condizioni, nella savana, anni fa un soggetto ADHD era un soggetto importante, riusciva a vedere al di là del proprio naso con la propria impulsività; con la propria incapacità di star fermo ha trasmigrato le masse in aree non depresse.

Le cause dell'ADHD. Sicuramente c'è una componente genetica elevatissima al pari di quanta genetica ci sia nell'altezza dell'uomo. Il fratello di un soggetto ADHD ha la possibilità 7 volte più alta di sviluppare anch'egli il disturbo. Nei gemelli omozigoti aumenta di 18 volte la possibilità di avere il disturbo come nel fratello gemello. Generalmente, nel 40% dei casi c'è un parente di primo grado, che ha lo stesso disturbo, nell'80% dei casi c'è un parente anche di secondo o terzo grado affetto dal disturbo.

Ci sono ovviamente un 20% di situazioni in cui non è possibile identificare la componente genetica, per cui parliamo di cause ambientali o acquisite, dove per "cause ambientali" non intendiamo solo l'ambiente in sé e per sé, ma anche tutte quelle cause determinanti, scatenanti che possono causare danni minimi cerebrali in periodo peri e post natale, in grado di alterare quelle strutture cerebrali preposte all'attenzione e alla motilità e sviluppare così un ADHD secondario.

L'ambiente è certamente importante ma non determinate. Esso è un po' come il super-jolly, ma per vincere all'enalotto abbiamo bisogno anche dei numeri giusti o se preferite i geni giusti.

Non si pensi all'ADHD come "un gene-una malattia". Nulla in neuropsichiatria è così. E' l'associazione di più geni che predispongono o determinano un disturbo. Abbiamo bisogno magari di 5-6-7 geni associati per determinare una situazione che può essere o predisponente o già ADHD dalla nascita. Nella situazione predisponente l'ambiente è il super-jolly, e qui torniamo al discorso del bambino adottato che ha una storia estremamente sfavorevole su un substrato genetico, e che ha pertanto una possibilità, un'incidenza elevata rispetto alla popolazione di riferimento di sviluppare questo disturbo.

La prevalenza. In qualunque nazione adeguatamente ricercato, indipendentemente dalla razza, dalla situazione culturale e sociale, la prevalenza si attesta intorno al 4% della popolazione in età pediatrica, il che significa che un bambino ogni 25 per classe è affetto da ADHD.

Ma attenzione: l'ADHD è un po' come la febbre, 37-37,5-38-40, quindi la sintomatologia può essere variabile, da un minimo ad un massimo, per cui avremo forme lievi e perciò misconosciute, fino ad arrivare a quelle forme invalidanti e gravi come il bambino che tutti conoscono nella scuola, veramente irrefrenabile.

Tutti questi soggetti sono ADHD ma sono apparentemente diversi perché hanno una variabilità nell'identità sintomatologica diversa.

Generalmente sono più maschi che femmine in un rapporto di 3 a 1, ma è importante sottolineare che questi tre sintomi si possono interfacciare tra di loro creando tre variabili del disturbo: una forma combinata, che presenta sia l'iperattività, l'impulsività e il disturbo d'attenzione, una forma con iperattività e impulsività predominanti e un'altra con disattenzione prevalente. Quest'ultima è la forma più misconosciuta, e più deleteria, e che investe generalmente le femmine: sono quelle bambine che le insegnanti definiscono "con la testa fra le nuvole", "brave ma che potrebbero fare di più". E' chiaro che la diagnosi differenziale in questo caso diventa più complessa perché vanno in diagnosi differenziale i disturbi specifici dell'apprendimento e tante altre condizioni situazioni di ordine medico.

La diagnosi. Faccio un esempio per capire come si può approcciare la diagnosi di ADHD. Parliamo della tosse, cosa pratica che ognuno conosce. Immaginate una mamma che entra nel mio ambulatorio perché il bambino ha la tosse.

Per prima cosa domanderò da quanto tempo ha la tosse – due giorni – Ma la tosse disturba il sonno? – No, dorme benissimo – Mangia, è alterata la vita di relazione del bambino? – Dorme bene e mangia, non ci sono problemi.

Poi chiederò se escono muchi purulenti dal naso, per escludere, per esemio, una sinusite – No assolutamente.

Qualcuno di voi si preoccuperebbe di una tosse che dura da due giorni, che vi lascia dormire, e non vi crea inappetenza? Direbbe che questa è una tosse importante e che va curata?

Lo stesso per l'ADHD. Questi sintomi, perché sono sintomi l'iperattività, l'impulsività, la distrazione, da quanto tempo durano? È chiaro che a un bambino al quale è appena morto il gatto, per una settimana sarà abbastanza scocciato, piangerà magari spesso e questo altera la sua vita di relazione, risulterà improvvisamente disattento a scuola, non vorrà fare i compiti, ma tutto questo non durerà molto tempo perché è una condizione ambientale la causa.

I manuali diagnostici dicono che la sintomatologia ADHD deve durare da almeno 6 mesi, ma è esperienza comune che il bambino ha iniziato con questi sintomi disturbanti da quando ha messo i piedi per terra dal momento che si tratta di un disturbo congenito, per cui il suo esordio è sempre sotto i 7 anni.

Dovremo domandarci se il disturbo è pervasivo ovvero se si verifica in tutti gli ambiti. Se il bambino è in continuo movimento solo in classe e non a casa o viceversa, non è affetto da ADHD, probabilmente c'è un problema di relazione. Se in casa i genitori hanno problemi il bambino è teso e può manifestare la sua tensione psichica con disattenzione e/o iperattività e impulsività, ma a scuola le insegnanti affermano che studia ed è bene integrato, non ha difficoltà: questo non è un bambino ADHD!

Se invece si comporta uguale in ogni ambito, a calcetto, a catechismo, a scuola, a casa e questa sua sintomatologia esplose in ogni ambito, situazione, crea deficit funzionale, questa è una cosa importante. Non abbiamo ancora la diagnosi ma è un bambino "disturbato".

Questa sintomatologia altera la vita di relazione del bambino, la sua capacità di essere, di rapportarsi con gli altri, altera la sua possibilità d'apprendimento e di studiare?

L'esclusione è importante in ambito diagnostico e sarà compito di un'equipe multidisciplinare, in cui ci sarà lo psichiatra, lo psicologo, il pediatra, il pedagogo, che insieme potrà valutare il bambino nel complesso, escludere cause organiche o di tipo ambientale, per riuscire a giungere alla diagnosi corretta, usando un approccio dimensionale che valuti l'entità della sintomatologia, lieve, media, grave.

Questo grafico per dire che importanza ha il deficit funzionale. Se entriamo in una scuola e facciamo un banale questionario, ovvero chiediamo all'insegnante di segnalarci i bambini che all'interno della loro classe abbiano sintomi ADHD significativi, cioè veramente impulsivi, iperattivi e disattenti, utilizzando una sequenza di domande che ci permette di ottenere un punteggio alla fine degli items, possiamo arrivare a dire che oltre il 20% dei maschi e il 10% delle femmine di quella scuola sembrerebbe affetto da ADHD.

Ma se prendiamo in considerazione il deficit funzionale, ovvero quanto quel comportamento altera la vita di relazione di quel bambino, avremo che il 4-5% di maschi e femmine sono affetti realmente dal disturbo.

La disattenzione. La concentrazione è un evento molto complesso. In questo momento se siete veramente interessati a ciò che sto dicendo, attivate nel vostro cervello un filtro, fate sì che tutto ciò che sta attorno, chi si sta muovendo, il tavolo, la pianta, lo schermo, ecc. venga isolato dal vostro sistema, perché voi possiate avere attenzione focale e sostenuta, sul soggetto che vi interessa.

Per fare questo dovete isolare il contesto. Poi comincia la liberazione di sostanze chimiche neurotrasmettitoriali in certe aree del cervello e, in particolar modo, dai nuclei della base e dalla corteccia prefrontale, come la dopamina, che vi permettono di poter stare attenti e concentrati per parecchio tempo.

Ma non basta! Ogni tanto cambierete posizione poiché l'organismo ha bisogno di rilassamento, di momenti di recupero per ricominciare questo meccanismo biochimico.

Tutto questo nel bambino ADHD non funziona in modo ottimale, non è così, vengono attivate altre zone rispetto al soggetto "normale", per cui il disturbo sarà proprio nella incapacità di stare attenti in modo focale e sostenuto, con tutte quelle che sono le conseguenze sul piano della relazione e nella vita scolastica, lavorativa, sociale e personale.

L'iperattività è l'incapacità di stare fermi, ma è soprattutto un'attività motoria afinalistica. «Fa tremila cose - affermano i genitori - ma alla fine della giornata non ha concluso niente!»

La loro iperattività infatti è afinalistica, diversa da quella che può avere una persona dotata, che fa tante cose, e riesce a portarle tutte a termine.

L'impulsività è la difficoltà di un controllo comportamentale, di differire una risposta automatica ad uno stimolo. Sono bambini che non è ancora finita la domanda che già danno la risposta, non hanno capacità ad attendere il proprio turno, interrompono continuamente gli altri, hanno basso livello di tolleranza alle frustrazioni, vogliono subito dire la propria e magari “dettare legge” nel gruppo senza capacità di attendere le risposte o i consigli degli altri. Sembrano “non imparare dall'esperienza”!

Quindi impulsività estrema in ogni ambito, tale da alterare la relazione. Vi lascio immaginare i risvolti che questo tutto ciò ha nell'ambito dei coetanei.

Ma ci domandiamo: i bambini ADHD sono diversi da quelli non ADHD?

Gli ultimi 20 anni sono stati importantissimi nel mondo della ricerca, perché l'avvento delle tecniche di neuro-immagine ci hanno permesso di esplorare le strutture del cervello e studiare i meccanismi neurofisiologici alla base delle sue complesse e multiformi attività. Hanno permesso di capire che effettivamente alcune strutture cerebrali del bambino ADHD morfologicamente e funzionalmente diverse, funzionano in modo diverso. Ci sono numerosissimi studi effettuati e che spaziano dalla neuroanatomia, alla neurofisiologia, alla neurochimica.

Oggi sappiamo che esiste una correlazione tra il gene che produce il trasportatore e il ricettore per la dopamina e per la serotonina, con l'ADHD. Questo non significa che c'è un gene e una malattia, ma che esiste una elevata incidenza tra questo tipo di geni e i soggetti ADHD.

Questo trasportatore è quello che permette il rilascio di questa sostanza chimica, la dopamina, nel momento in cui bisogna stare concentrati, soprattutto nei nuclei della base.

La neuroanatomia ha permesso di osservare che i soggetti ADHD hanno una struttura cerebrale del 4% più piccola rispetto ai soggetti di controllo normali; sono interessati in particolar modo il lobo frontale destro, i gangli della base, il cervelletto, tutte strutture che intervengono nella elaborazione dell'attenzione e della motilità.

Questo grafico mette in paragone i soggetti ADHD maschi e femmine rispetto ai soggetti normali. Vediamo una differenza di tipo volumetrica. Se lo stesso tipo di parametro lo prendiamo in considerazione per il nucleo caudato, vediamo che nel tempo, se è massima la differenza intorno ai 10 anni, intorno ai 18 anni la grandezza del nucleo caudato dei soggetti ADHD e di quelli non ADHD, diventa praticamente simile. Il nucleo caudato è quello che comanda soprattutto la motilità. E' per questo che il soggetto ADHD adulto non ha l'iperattività di quando aveva 7 anni, non continua a muoversi in modo irrefrenabile, non ha più quella motilità così estrema come un soggetto piccolo e questo è giustificato dalla situazione anatomica e dalle sue evoluzioni. Ciò nonostante il soggetto ADHD adulto continua a mostrare piccoli segni di iperattività, come muovere continuamente le mani, i piedi, non riuscire a stare fermo per molto tempo su una sedia.

Il cervelletto, che pure è incriminato, è una struttura ancestrale, la posseggono anche i pesci, anche se noi abbiamo dei nuclei notevolmente evoluti. Esso svolge un ruolo determinante soprattutto nella percezione del tempo e nella pianificazione, oltre che nel controllo motorio. La cosa interessante osservata negli studi di neuroanatomia è che nel tempo non tende assolutamente a normalizzarsi: significa che così come da piccolo un soggetto ADHD non è in grado di pianificare le proprie azioni, non è in grado di farsi la cartella, capire domani cosa deve portare a scuola, allo stesso modo da adulto non riesce a pianificare, a pensare al proprio futuro; lo stesso problema persiste nel soggetto giovane e adulto. Pensate per un momento cosa significa la patente ad un diciottenne ADHD!

Il collega che mi ha preceduto ha parlato del Test di Strupp (scrivo “verde” e lo coloro in rosso e poi chiedo prima cosa c’è scritto e poi di che colore è). Se il test viene fatto su giovani adulti, uno ADHD ed uno normale, è possibile studiare la concentrazione di ossigeno e di sangue in determinate zone del cervello nel momento in cui stiamo cercando di far fare questo test al soggetto, validando quindi l’attivazione di tutta una serie di meccanismi come quello dell’attenzione e, in questo caso, anche dello shift.

Nei soggetti normali, le aree che si attivano sono il cervelletto, i nuclei della base e la corteccia prefrontale, mentre nei soggetti ADHD si attivano altre zone.

Che significa questo? Che riescono anche loro a fare queste cose, ma utilizzano vie neurologiche diverse, e questo richiede uno sforzo maggiore e maggiore sarà la possibilità di sbagliare..

La possibilità di fare delle diagnosi, però, ad oggi non si può basare su questi dati che hanno solo significato statistico, perché fatte su un grosso numero. Ci sono invece una serie di test che, seppure non specifici dell’ADHD, possono permetterci di individuare tutta una serie di attività neurofisiologiche che risultano sicuramente generalmente alterate nei soggetti ADHD.

Il prof. Barkley, che è uno dei più grandi studiosi mondiali, in uno dei suoi tanti libri scritto per i genitori, afferma che è raro nella sua pratica clinica trovare bambini che abbiano solamente un disturbo. Meno del 20% dei bambini che vengono nella mia clinica per ADHD - afferma Barkley - ha solo ADHD. La sua diagnosi incrementa la probabilità di avere numerosi altri problemi, fenomeno chiamato di comorbidità

Questo complica naturalmente tutto per quante sono le comorbidità che possono essere associate in maniera diversa con l’ADHD, **disturbi di tipo neuropsichiatrico** che vanno dai tic al disturbo bipolare, l’ansia, la depressione.

Nello studio MTL, uno dei più grossi studio promossi dall’equivalente americano del nostro ministero della salute e svoltosi su quasi 700 bambini, all’ADHD risulta associato nel quasi 50% dei casi un **disturbo specifico dell’apprendimento**, della lettura, dell’ortografia, del calcolo matematico e della scrittura.

Nel 50% dei casi ci sono **disturbi evolutivi della coordinazione motoria** (sono bambini impacciati, che non riescono a scrivere tanto bene, non sono disgrafici, ma hanno difficoltà nella coordinazione dell’attività motoria), e **disturbi del sonno**.

Quali sono le conseguenze accademiche? Nei soggetti ADHD c’è una maggior incidenza di bocciatura, assegnazione a classi speciali in America, maggior assegnazione in Italia ad insegnanti di sostegno, maggiore sospensione ed espulsione da scuola, , maggior tasso di abbandono scolastico, minor grado di istruzione raggiunto, minor numero di soggetti che arrivano all’università o che completano gli studi universitari. Soggetti che potrebbero terminare il miglior corso di laurea ma che, a causa di queste difficoltà intrinseche non riconosciute o non facilmente riconosciute, è riservato questo triste destino.

Il problema dell’ADHD è che i suoi sono sintomi di tipo comportamentale, per cui è facile dare colpa all’ambiente, dire che le cause della disattenzione, della iperattività, sono i genitori che non hanno saputo educarlo, che non gli hanno saputo dare regole, o gli insegnanti che non gli hanno saputo insegnato come studiare.

Veniamo ai bambini adottati.

E’ già stato detto che c’è una maggior incidenza di ADHD nei bambini adottati. Le cause sono già state dette, voglio sottolineare, come Associazione- ma non è un dato scientifico- un maggior rischio di abbandono/rinvio di ADHD adottati presso le strutture adottanti, soprattutto se il bambino ha una grave sintomatologia che si associa ai disturbi dell’apprendimento e che altera notevolmente la vita di relazione della famiglia e con gli altri. Sono bambini, tra le storie che abbiamo raccolto, che sono stati rinviati ai propri centri di adozione perché “impossibili”.

Voglio terminare con questa mini-indagine, che non ha la pretesa di essere un lavoro scientifico, ma mi è servito per comprendere ciò che accade all’interno di queste famiglie con bambini adottati e con bambini adottati ADHD.

Abbiamo, allora, intervistato nostri soci con bambini adottati, inviando loro un semplice questionario. La prima parte ha fotografato questa famiglia, come è fatta, quanti bambini adottati ha, se ha figli naturali, se ha un bambino diagnosticato ADHD e se si ritengono persone tranquille.

Nella seconda parte si è cercato di capire il tipo di relazione/educazione che queste famiglie hanno adottato verso i propri figli, chiedendo loro se li avevano mai puniti, con che frequenza avevano utilizzato le punizioni, se avevano mai utilizzato degli approcci educativi "forti" e quali, se avevano mai pensato seriamente di rinviarlo al centro dove lo avevano preso, quale era stata l'evoluzione delle relazioni ovvero se avessero ripetuto l'esperienza dell'adozione, e se mai avessero pensato la vita di relazione della coppia fosse stata alterata dalla presenza di questo bambino.

I risultati. Per quanto riguarda la fotografia, si tratta di famiglie generose, alcune delle quali hanno adottato uno, due o tre bambini; nessuno ha figli naturali. Sono 6 le famiglie che hanno risposto al questionario con diagnosi accertata di ADHD e 9 famiglie con bambini non ADHD.

L'intervallo di tempo da quando i genitori (su propria iniziativa o su suggerimento del pediatra o dell'insegnante), hanno cominciato a peregrinare per cercare quale era il problema del bambino, a quando hanno ricevuto una diagnosi di ADHD, è stato da un minimo di 2 a un massimo di 4 anni. La diagnosi è molto complessa, ma il nostro paese risente anche di grossa ignoranza culturale su una problematica veramente molto importante.

Alla domanda se hanno pensato seriamente di rinviarlo al centro dove era stato adottato il bambino, è un "no" per tutte le 9 famiglie di bambini adottati non-ADHD, mentre in 2 su 6 delle altre famiglie c'è stato un "Sì, abbiamo pensato di rinviarlo all'Istituto".

Per quanto riguarda il rapporto "relazione/educazione bambino adottato non ADHD, bambino ADHD", emerge che entrambi i gruppi di famiglie usano metodi di punizione, tutte quante hanno punito, ma mentre i bambini non-ADHD hanno ricevuto al massimo "qualche volta" una punizione, nell'altro gruppo compare "spesso" l'utilizzo di punizioni.

Sui "metodi forti" che sono urla, schiaffi, botte con le mani, botte con l'uso di mezzi o addirittura mezzi coercitivi, se per gli adottati non-ADHD la maggior parte non li ha mai utilizzati o se si sono "urla o qualche schiaffetto", per gli adottati ADHD hanno "sempre" usato mezzi anche forti, anche coercitivi, che significa chiusura in una stanza ed altro.

L'evoluzione delle relazioni. Rifareste l'esperienza? Ebbene le famiglie con bambini adottati non-ADHD hanno risposto "sì" in maggioranza, una piccola parte un po' titubante e una sola "no". Nell'altro gruppo predomina un grosso dubbio, un "non so" abbastanza chiaro.

"E' stata alterata la vita di relazione a causa di questo bambino?" Se nel primo gruppo quasi tutti sono convinti del "no", nel secondo predomina un netto "sì": loro pensano che la relazione di vita familiare sia stata alterata da questi bambini.

Concludo, sperando che questo mio intervento possa avervi sensibilizzato sul fatto che è un problema sociale, familiare, scolastico e molto certamente il loro sorriso di domani dipenderà molto anche da voi.

CHISTOLINI

Ringrazio il dr. DERRICO. Per me che sono psicologo con formazione relazionale, il confronto con queste problematiche è difficile, sono un po' una sfida che ci diamo, quella di ampliare il nostro modo di ragionare, di includere delle variabili che normalmente siamo portati un po' ad escludere, soprattutto quando parliamo di bambini adottati, lo sottolineava anche il Dr. Profumo, lo ha ripetuto

il Dr. Derrico, ci sono già tanti buoni motivi per spiegare i problemi, non c'è bisogno di andarne a cercare di altri e invece dobbiamo assumerci quest'impegno di contemplare altre possibilità, quella dell'ADHD è una possibilità importante, quindi va verificata.

Concludiamo gli interventi del mattino dando la parola alla Dott.ssa Rosi Spadaro responsabile dell'area successo formativo interculturale del Centro Servizi di Milano, l'ex Provveditorato per i non addetti ai lavori, che ci parlerà di pari opportunità d'apprendimento e ruolo della scuola, quindi abbiamo ragionato molto sull'adozione, su alcune problematiche specifiche e non, che possono arrivare dall'essere adottati, e ora diamo un'occhiata a cosa succede a scuola, diamo la parola a chi di questo mondo è rappresentante.