

“Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (DDAI/ADHD) in età evolutiva in Emilia-Romagna”.*

Introduzione

Negli ultimi anni la definizione clinica del disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività, dei suoi criteri diagnostici e delle adeguate strategie terapeutiche è stata oggetto di numerosi studi che hanno permesso a diverse Società Scientifiche (es. *European Society of Child Adolescent Psychiatry*, *American Association of Pediatrics*, *American Academy of Child Adolescent Psychiatry*) ed Istituzioni Sanitarie Internazionali (es. *National Institute for Clinical Excellence* [NICE, UK], *National Institute of Mental Health* [NIMH, USA], di definire specifiche linee guida.

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), ha prodotto nel 2003 specifiche linee guida, pubblicate nel 2004 (Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del disturbo da deficit attentivo con iperattività in età evolutiva - *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*; Vol. 24, Agosto 2004).

Il gruppo di lavoro sull'ADHD, costituito nell'ambito del Coordinamento Regionale NPIA, ha fatto riferimento a queste linee guida per definire, il protocollo clinico ed operativo per il miglioramento della assistenza ai bambini con ADHD in Emilia-Romagna.

Epidemiologia

Gli indici di prevalenza del disturbo presentano differenze a seconda di come è stato selezionato il campione, di quali criteri di classificazione e/o quali fonti di informazioni o quali strumenti sono utilizzati.

Per quanto riguarda studi epidemiologici condotti in Italia:

- uno in Umbria e Toscana da Gallucci e collaboratori (1993), due in Emilia Romagna da Camerini e coll. (1999) e da Marzocchi e Cornoldi (2000) mostrano nella popolazione infantile generale una frequenza di circa il 4% (in pratica un bambino in ogni classe di 25 alunni) non dissimile dalle stime Nord Americane e Nord Europee.

- uno studio condotto a Cesena nel 2003 dai Servizi territoriali su una popolazione di 11.980 soggetti di età compresa tra 7 e 14 anni, ha dato una prevalenza di ADHD del 1.1% (131 casi).

- una valutazione condotta all'interno dei servizi territoriali della città di Bologna ha mostrato che i pazienti in carico al Servizio NPIA al giugno 2004, con diagnosi ICD-10 di F 90.0 (disturbo dell'attività e dell'attenzione) e F 90.1 (disturbo ipercinetico della condotta) erano pari al 1,2% dei 3.309 utenti 0-18 anni, pari a circa lo 0,1% sulla popolazione generale di pari età.

In generale, i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) dell'Emilia-Romagna utilizzano la classificazione diagnostica ICD 10 - raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – che è una classificazione multiassiale dei disturbi neuro-psichiatrici del bambino e dell'adolescente (vengono cioè per ogni utente descritti, contemporaneamente, più aspetti utilizzando 5 assi di classificazione: psichiatrico, alterazioni dello sviluppo psicologico, ritardo mentale, condizioni organiche, condizioni socio-ambientali) permettendo così di rilevare le condizioni, anche di carattere medico, che si associano ad un dato disturbo.

Il SINP (Sistema Informativo della Neuropsichiatria territoriale in Emilia-Romagna), nel 2005 ha registrato la diagnosi di “sindromi ipercinetiche” (F90 – 90.9, secondo l'ICD 10) in 1.304 bambini di età 0-18 anni (2,1/1000 popolazione pari età; range da 1,3 a 2,5/1000 escludendo la realtà di Cesena), di cui 269 rappresentano i nuovi casi di ADHD diagnosticati nell'anno.

*si utilizzerà l'acronimo ADHD, che si riferisce alla classificazione DSM IV, per omologia con la terminologia utilizzata nel registro nazionale dell'ISS.

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Una corretta definizione per il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività è: livello inadeguato di attenzione e/o iperattività-impulsività rispetto allo stadio di sviluppo ad esordio prima dei sette anni di età.

La disattenzione, l'iperattività e l'impulsività sono comunemente noti come i sintomi chiave di questa sindrome e devono essere presenti in diversi contesti.

I due maggiori sistemi di classificazioni impiegati sono costituiti da ICD-10 ed DSM-IV (elaborato dall'Associazione Americana degli Psichiatri- APA). Vi sono differenze ed analogie di impostazione tra i due sistemi:

- ❑ L'ICD-10 privilegia un approccio diagnostico caratterizzato dalla ricognizione di pattern e caratteristiche descrittive del disturbo, per cui viene incoraggiata la selezione di una diagnosi che si avvicini il più possibile al quadro proposto, assumendo che le differenze siano dovute alla variazione dallo schema tipico. Quando c'è una buona evidenza della validità di condizioni in comorbidità, l'ICD già le considera in un unico codice diagnostico (Es.: disturbo ipercinetico della condotta).
- ❑ Nella formulazione della diagnosi il DSM-IV tiene conto della presenza di un certo numero di sintomi contenuti all'interno di una lista. Secondo questo approccio, quando i sintomi sono comuni a 2 o più disturbi, si incoraggia la selezione di tante diagnosi quante ne permettono i criteri diagnostici.

Con il tempo, questi due sistemi di classificazione internazionali si sono avvicinati ma, nonostante le rispettive definizioni di ADHD (DSM-IV) e DDAI (ICD-10) siano molto più simili, rimangono ancora delle differenze: la classificazione ICD-10 riconosce solo la combinazione di sintomi di deficit di attenzione e iperattività/impulsività; la classificazione DSM-IV riconosce tre sottotipi in base al grado di inattenzione e/o iperattività/impulsività riscontrati; l'ICD-10 riconosce una diagnosi di categoria separata di "disturbo ipercinetico della condotta" nel caso si riscontrino i sintomi generali di disturbo della condotta con la contemporanea presenza dei sintomi di disturbo ipercinetico (il DSM-IV diagnosticherebbe un disturbo della condotta in comorbidità)

La conseguenza di tali differenze è che i casi definiti secondo i criteri ICD-10 sono più puri, più gravi e in numero minore (l'incidenza del disturbo definito tramite ICD 10 viene calcolata nel 1-2 % dei bambini in età scolare).

Nel sistema di classificazione internazionale ICD 10, il paragrafo "Sindromi ipercinetiche – F90" è nel capitolo "Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza".

Le UONPIA della Regione Emilia-Romagna adottano per la classificazione diagnostica l'ICD 10 al quale si fa riferimento quindi anche per la diagnosi di questo disturbo, utilizzando i seguenti codici:

F90. 0: Disturbo combinato di Disattenzione e Iperattività;

F90. 1 : Disturbo ipercinetico della Condotta.

Si riportano di seguito le direttive diagnostiche definite nell'ICD 10.

Direttive diagnostiche secondo l'ICD 10

Le caratteristiche fondamentali del disturbo sono la compromissione dell'attenzione e l'iperattività. Entrambe sono necessarie per la diagnosi e devono essere evidenti in più di una situazione (ad esempio a casa, a scuola ecc). La compromissione dell'attenzione si manifesta con la prematura interruzione dei compiti e l'abbandono di attività non portate a termine. Il bambino passa frequentemente da un'attività all'altra, sembrando perdere interesse in un compito perché distratto da un altro. Questi deficit nella continuità e nell'attenzione devono richiedere una diagnosi solo se eccessivi in relazione al QI e all'età del bambino.

L'iperattività implica una eccessiva irrequietezza, specialmente nelle situazioni che richiedono una certa calma. Essa può comportare, a seconda della situazione, il correre e saltare di qua e di là, oppure alzarsi dalla sedia quando è il caso di restare seduto, o il chiacchierare e fare rumore eccessivamente o l'agitarsi e dimenarsi. Il parametro per la valutazione deve essere che l'attività è eccessiva rispetto a quanto ci si aspetta in quella situazione e rispetto ad altri bambini della stessa età e QI. Questa caratteristica comportamentale è più evidente in situazioni strutturate e organizzate che richiedono un grado elevato di autocontrollo comportamentale.

Caratteristiche associate che non sono sufficienti o necessarie per la diagnosi ma che concorrono a confermarla, comprendono: la disinibizione nei rapporti sociali; l'imprudenza in situazioni che comportano pericolo; l'infrazione impulsiva di regole sociali (es: difficoltà ad aspettare il proprio turno, ecc.)

I disturbi dell'apprendimento e la goffaggine motoria si verificano con indubbia frequenza e devono essere annotati separatamente (sotto F80-F89) quando presenti. Essi pertanto, non sono parte della diagnosi di sindrome ipercinetica.

Le turbe della condotta non costituiscono criteri di esclusione né di inclusione per la diagnosi principale, ma la loro presenza o assenza rappresenta la base della suddivisione principale della sindrome (vedi oltre al paragrafo "Diagnosi differenziale")

I caratteristici problemi del comportamento devono avere un esordio precoce (prima dei sette anni – come indicato nella determinazione Ministeriale del 19 Aprile 2007) e una lunga durata.

Prima dell'età scolare è difficile riconoscere il disturbo, a causa dell'ampia variabilità normale.

Diagnosi differenziale

Sono frequenti i quadri misti; le sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico hanno la precedenza quando sono presenti. I problemi maggiori nella diagnosi differenziale concernono la distinzione dai disturbi della condotta. La sindrome ipercinetica è diagnosticata con priorità rispetto al disturbo della condotta quando i suoi criteri sono soddisfatti. Tuttavia, l'iperattività e il deficit dell'attenzione di grado lieve sono frequenti nel disturbo della condotta. Quando sono presenti sia le caratteristiche dell'iperattività che quelle del disturbo della condotta e l'iperattività è generalizzata e marcata si deve porre diagnosi di "disturbo ipercinetico della condotta (F90.1).

Un ulteriore problema nasce dal fatto che l'iperattività e il disturbo dell'attenzione, di un tipo piuttosto diverso da quello che è caratteristico di una sindrome ipercinetica, possono presentarsi come manifestazioni delle sindromi ansiose e depressive. Perciò l'irrequietezza che fa tipicamente parte di alcune sindromi depressive non deve portare alla diagnosi di sindrome ipercinetica.

Allo stesso modo l'irrequietezza che è spesso parte di uno stato ansioso di grado marcato non deve portare a formulare una diagnosi di sindrome ipercinetica.

Se sono soddisfatti i criteri per una sindrome ansiosa (F40-F41-F43-F93), questa deve avere la precedenza sulla sindrome ipercinetica, a meno che non risulti chiara la presenza di quest'ultima, indicata da molti aspetti oltre all'irrequietezza. Similmente se sono soddisfatti i criteri per un disturbo dell'umore (F30-F39), la sindrome ipercinetica non deve essere diagnosticata in aggiunta semplicemente perché la concentrazione è indebolita e vi è agitazione psicomotoria.

La diagnosi di Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività esclude:

Sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84)

Disturbi d'ansia (F40,F41,F43 e F93)

Disturbi dell'umore (F30-F39)
Schizofrenia (F20)

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

Non esistono test specifici per porre diagnosi di ADHD: questa è clinica, rappresenta un percorso complesso ove è indispensabile raccogliere informazioni da più fonti (anamnesi, test, esami bioumorali, valutazione relazioni degli insegnanti, etc.).

Il presente protocollo è particolarmente adatto per la fascia d'età 6-12 anni, benché estensibile fino ai 18 anni.

Importante è una valutazione dei sintomi nell'ottica che:

- sono più gravi di quelli rilevati negli altri bambini della stessa età
- sono presenti in diversi contesti
- creano significativi problemi nella vita quotidiana (con compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico, lavorativo).

Inoltre in età prescolare è difficile formulare una diagnosi differenziale con altri disturbi e determinare con sicurezza la significativa compromissione del funzionamento globale: ciò rende spesso indispensabile la eventuale formulazione di una diagnosi provvisoria, pur raccomandando di evitare pericolose etichette diagnostiche in questa fascia di età.

Il Protocollo diagnostico di seguito proposto prevede i seguenti passaggi:

1. Anamnesi con i genitori
2. Osservazione e colloquio con il bambino/adolescente
3. Somministrazione di questionari e interviste diagnostiche
4. Misurazione del QI
5. Test neuropsicologici
6. Valutazione degli apprendimenti (anche visionando quaderni e pagelle)

1. Anamnesi raccolta con i genitori

Il percorso diagnostico parte dalla rilevazione dei sintomi che a volte può essere sospettata dagli insegnanti; pur essendo ad oggi possibile che siano gli stessi genitori, su indicazione della scuola, a rivolgersi alla NPIA per una prima valutazione, è altresì auspicabile che sia sempre più coinvolto il Medico di famiglia (Pediatra o MMG) che dovrebbe formulare una richiesta motivata di prima visita NPIA. La NPIA è tenuta a fornire al Medico di famiglia un ritorno informativo sia dell'avvio dell'iter diagnostico sia a conclusione della valutazione specialistica.

Sia a scopo diagnostico che terapeutico è opportuno verificare nella storia degli stessi genitori l'eventuale presenza dei sintomi ADHD. Inoltre è fondamentale raccogliere un'attenta anamnesi rispetto alla gravidanza e alla nascita (in particolare facendo riferimento ad eventuale esposizione del feto ad alcool e nicotina) e nei primi anni di vita.

Supplemento di anamnesi

Elencare farmaci assunti in modo continuativo o ripetuto; Terapie pregresse; Terapie attuali.

Segnalare se fra le terapie eventualmente in corso o appena sospese compaiono le seguenti specialità farmacologiche: betaagonisti; antistaminici; benzodiazepine; fenobarbital; antiepilettici.

Segnalare l'eventuale presenza all'anamnesi delle seguenti forme patologiche o eventi traumatici: forme asmatiche; bronchiti croniche; broncospasmo; forme allergiche curate farmacologicamente;

epilessia; patologia tiroidea; trauma cranico; segni o sintomi riferibili ad ipertensione endocranica; situazioni favorevoli l'insorgenza di intossicazioni da piombo: provenienza da aree particolarmente industrializzate, contatti con vernici o vecchi intonaci, rilevazione di una piombemia con valori superiori alla soglia patologica di 40 mg/dl.

2. Osservazione e colloquio col bambino/adolescente:

L'intervista al bambino dovrebbe iniziare mettendo in risalto le risorse che il bambino possiede per poi indagare il modo in cui il bambino percepisce i propri problemi (dovuti all'ADHD o ad altri disturbi correlati). Solo alla fine si esaminerà il funzionamento del bambino a casa, a scuola o con i coetanei.

Va considerato che l'osservazione in ambulatorio, almeno inizialmente, può trarre in inganno, in quanto il bambino con ADHD può non manifestare alcun sintomo in situazioni nuove, altamente strutturate e non troppo prolungate nel tempo.

Le difficoltà attentive sono facilmente rilevabili durante la somministrazione dei test di livello e di quelli neuropsicologici e durante il colloquio clinico.

3. Somministrazione di questionari e interviste ai genitori e al bambino/adolescente:

Tra i questionari maggiormente utilizzati, per la raccolta di informazioni, da parte dei genitori, su un ampio spettro di sintomi emotivi e comportamentali osservati nel figlio si raccomanda la *Child Behavior Checklist (CBCL)* di Achenbach (1991), di cui esiste un adattamento italiano (i dati normativi della *checklist* sono in via di pubblicazione). Per la raccolta di informazioni, sempre da parte dei genitori, sui sintomi cardine del disturbo ADHD si propone la scheda **SDAG** di Cornoldi. I dati in essa riportati vanno integrati con quelli dell'analogha scheda **SDAI**, predisposta per gli insegnanti (Cornoldi et al., 1996, 1999).

Tra i questionari è anche possibile utilizzare: le scale di Conners (Conner's Rating Scale / Conner's Parent & Teacher Rating Scale-revised (CPRS-R; CTRS-R; Conners 1997; validazione della versione italiana in corso); il Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD; Pelham 1992; versioni validate italiane: SCOD-I e SCOD-G, Marzocchi et al. 2001; Marzocchi et al. inviato per la pubblicazione); ADHD Rating Scale -IV (DuPaul et al; 1998, di cui esiste una versione italiana curata da Marzocchi e Cornoldi).

Come interviste diagnostiche, che vanno associate ai questionari per esplorare l'intera gamma della psicopatologia, si consiglia la Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version (K- SADS-PL) che è stata adattata da Kaufman et al. (1997) dalla versione originale di Puig-Antich et al (1980), di cui esiste versione in italiano ed. Erickson. Si ricordano inoltre l'intervista semistruutturata di Barkley (ADHD parent interview) e la PICS, *Parent Interview for Children Symptoms, revised for DSM-IV* (PICS IV, Ickowicz et. al. 2002 di cui è in corso la validazione della versione italiana).

Con il bambino, per la rilevazione dei più comuni sintomi depressivo-ansiosi che si possono intrecciare al disturbo ADHD si raccomanda l'uso di questionari *self-report* (ad esempio *Children Depression Inventory, CDI, Kovacs 199;* *Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC, March 1997*). Questi strumenti, per quanto sensibili, non hanno requisiti di specificità tali da consentire una diagnosi e per questo vanno associati ad altri strumenti diagnostici (test proiettivi, per ciò che riguarda la diagnosi differenziale con i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia; colloquio; osservazione comportamentale).

4. Valutazione dell'intelligenza e del profilo cognitivo:

La misurazione del livello intellettuale va fatta con la scala WISC-R, applicata interamente, o ancora meglio con la scala WISC 3, dove sono presenti sub-test sulla disattenzione e la velocità di elaborazione. Oltre a fornire informazioni utili rispetto alla presenza di un disturbo specifico di apprendimento (DSA), le prestazioni ai sub-test di *Ragionamento aritmetico, Memoria di cifre e Cifrario* (espressione di un supposto fattore di "distrattibilità") possono essere messe in relazione ad altri dati sul funzionamento cognitivo del soggetto ADHD.

5. Valutazione neuropsicologica:

Tra i test più usati allo scopo di evidenziare caratteristiche di impulsività e di disattenzione si propone, per una prima valutazione, una prova di appaiamento di figure (*Matching Figures Test*, MFT) e una prova di attenzione sostenuta (*Continous Performance Test*, CPT); di queste prove esiste un adattamento italiano a cura di Cornoldi.

Per la valutazione dell'attenzione esiste uno strumento alternativo, il *Test delle Campanelle* (modificato) di Biancardi e Stoppa. Per la valutazione delle capacità di pianificazione si consiglia la *Torre di Londra*. Per l'esame delle funzioni esecutive il *Wisconsin test card*.

6. Valutazione degli apprendimenti:

Si raccomanda l'utilizzo di prove standardizzate, sia per quanto riguarda le competenze di lettura/scrittura sia per quanto riguarda le capacità di calcolo e di *problem-solving*. A tale scopo sono disponibili le *Prove di Lettura MT* di Cornoldi e la *Batteria per la valutazione della dislessia e disortografia* di Sartori e Job. Le competenze nell'area matematica possono essere valutate con le prove messe a punto da Cornoldi e Lucangeli o prove di Malaguti e Giovanardi Rossi.

RESTITUZIONE DELLA DIAGNOSI AI GENITORI

Deve essere condotta dagli stessi operatori che hanno condotto l'assessment clinico, per cui si ritiene particolarmente rilevante puntare ad una attenta ed articolata restituzione del quadro diagnostico alla coppia genitoriale, volta alla comprensione del sintomo, sia in termini informativi, ("Che cos'è l'ADHD?") sia in termini di senso psicopatologico ("che significato riveste in termini intrapsichici e relazionali?"). A partire da tale condivisione di senso potrà essere strutturato un lavoro di counselling alla coppia genitoriale, con eventuale utilizzo di schede di osservazione del comportamento del bambino e dei relativi vissuti genitoriali,e/o con l'intervento strutturato di Parent Training.

La stessa restituzione, esposta in termini che siano ben comprensibili, andrà fatta anche al bambino. Una nota scritta contenente la sintesi diagnostica e le indicazioni terapeutiche andrà inviata al Medico di famiglia (Pediatra o MMG).

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Un trattamento per l'ADHD *personalizzato* deve tener in considerazione il fatto che il bambino non solo ha problemi di inattenzione, iperattività e impulsività, ma spesso presenta disturbi associati quali il disturbo della condotta, il disturbo dell'apprendimento e un funzionamento sociale e accademico deficitario.

Il trattamento dell'ADHD si basa su un *approccio multimodale*: in Europa, dove le attitudini cliniche e le restrizioni legali hanno limitato l'uso degli psicostimolanti, le linee guida cliniche (Taylor et al. Eur Child Adolesc Psychiatry (Suppl1) 13:1/7-1/30 -2004) raccomandano un primo intervento basato su rigorosi ed intensi approcci psicosociali quali: interventi comportamentali, terapia cognitiva-comportamentale, parent training, supporto per gli insegnanti/ teacher training.

Un intervento di questo tipo si colloca in relazione ai diversi assi dell'ICD-10, lavorando parallelamente e trasversalmente sulle diverse componenti dall'asse I all'asse V dalle misure centrate sul paziente a quelle centrate sulla famiglia e sull'ambiente (Remschmidt, 2001)

I genitori, gli insegnanti e lo stesso bambino devono essere sempre coinvolti nella messa a punto di un programma terapeutico individualizzato sulla base dei sintomi più severi e dei punti di forza identificabili nel singolo bambino.

Per la descrizione dettagliata delle tecniche psicoeducative e del trattamento farmacologico, si rimanda alle specifiche linee guida elaborate dalla SINPIA (Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva; Vol. 24, Agosto 2004) di cui si riporta di seguito una breve sintesi.

Se vi è una risposta incompleta al trattamento comportamentale è allora indicato iniziare il trattamento farmacologico. Non è previsto, né auspicabile il solo trattamento farmacologico, in quanto numerosi studi dimostrano come i migliori risultati si ottengano lavorando sui diversi aspetti della vita della persona (individuali, famiglia, scuola), aggiungendo il trattamento farmacologico laddove sia strettamente necessario.

Va altresì considerato che un eventuale intervento esclusivamente farmacologico potrebbe risultare ulteriormente stigmatizzante, portando a ritenere il "disturbo" come "malattia" e deresponsabilizzando chi interagisce con il ragazzo.

Gli interventi psicoeducativi

L'approccio psicoeducativo è costituito da una varietà di interventi accomunati dall'obiettivo di modificare l'ambiente fisico e sociale del bambino al fine di modificarne il comportamento. Tali interventi sono focalizzati a garantire al bambino maggiore struttura, maggiore attenzione e minori distrazioni. Le modificazioni ambientali sono implementate istruendo genitori ed insegnanti su specifiche tecniche di ricompensa per comportamenti desiderati (rinforzo positivo, token economy) o del costo della risposta/perdita di privilegi per il mancato raggiungimento degli obiettivi desiderati e per l'attuazione di comportamenti non adattivi.

In generale gli interventi psicoeducativi diretti sul bambino/adolescente sono basati su tecniche cognitive-comportamentali e metacognitive tarate per età e focalizzate su:

- problem solving: riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la procedura per risolvere il problema, scegliere una delle possibili soluzioni, mettere in atto la soluzione scelta e valutarne l'efficacia. Il problem-solving è un processo dinamico, in cui se la soluzione scelta risulta essere non adatta è necessario essere in grado di rivalutare il processo e scegliere una soluzione alternativa;
- autoistruzioni verbali al fine di acquisire un dialogo interno che guidi alla soluzione delle situazioni problematiche;
- stress inoculation training: indurre il bambino/ adolescente ad auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, aiutarlo ad

esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto. La acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi ed aggressivi.

Tali interventi individuali sul bambino devono essere associati ad interventi comportamentali sulla famiglia (parent training) e sulla scuola con consulenza agli insegnanti (teacher training).

Il parent training è un percorso formativo ormai strutturato e consolidato, volto a fornire ai genitori di bambini con ADHD informazioni sul disturbo e competenza in alcune strategie educative adeguate alle problematiche del bambino.

Il percorso formativo si realizza aiutando i genitori a individuare, fra una serie di procedure proposte nel training, gli strumenti utili per la corretta gestione cognitiva e comportamentale del figlio nelle diverse situazioni, tentando quindi soluzioni diverse da quelle già sperimentate.

L'obiettivo è l'incremento delle abilità genitoriali nel gestire i problemi che quotidianamente possono insorgere nell'educazione dei figli e con la scuola, valorizzando e potenziando le abituali competenze psicopedagogiche genitoriali di consegnare "regole" per l'apprendimento di comportamenti adattivi e sociali.

Il Parent Training è composto di 10 sedute semi-strutturate secondo il manuale di Vio, Marzocchi e Offredi (Il bambino con deficit di attenzione/iperattività: diagnosi psicologica e formazione dei genitori, Erickson, Trento, 1999) che include una serie di informazioni sull'ADHD e altre attività formative relative alla comprensione del problema e l'applicazione di strategie comportamentali. Deve durare almeno 4 mesi e si consiglia di applicarlo in gruppo (5-6 coppie). E' utile raccogliere delle misure pre e post trattamento sui comportamenti del bambino e sul senso di competenza dei genitori per monitorare l'andamento dell'intervento proposto.

Obiettivi del parent-training sono: ridurre i problemi comportamentali ed emotivi a casa; migliorare il rapporto tra genitori e bambino; stabilire regole e routines familiari con le quali essere coerenti; insegnare ai genitori efficaci strategie quali ad esempio l'uso del rinforzo positivo, il costo della risposta, il time out per gravi forme di disubbidienza..

Gli interventi sulla scuola sono focalizzati sul comportamento del bambino e possono essere sia integrati nelle routines scolastiche per tutti gli alunni che focalizzati sui singoli bambini.

La consulenza sistematica agli insegnanti include 4 incontri secondo le indicazioni del testo di Cornoldi e collaboratori (Cornoldi, De Meo, Offredi e Vio, 2001); consiste in una serie di attività di osservazione e comprensione delle caratteristiche del bambino per modulare le richieste degli insegnanti e ridurre i comportamenti disfunzionali del bambino con ADHD.

La consulenza sistematica agli insegnanti deve avere diversi obiettivi: 1) informare sulle caratteristiche dell'ADHD e sul trattamento che viene proposto; 2) fornire appositi strumenti di valutazione (questionari e tabelle di osservazione) per completare i dati diagnostici; 3) mettere gli insegnanti nella condizione di potenziare le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con l'alunno; 4) spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe; 5) informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dell'alunno con ADHD; 6) suggerire particolari strategie didattiche, per facilitare l'apprendimento dell'alunno con ADHD; 7) spiegare come lavorare, all'interno della classe, per migliorare la relazione tra il bambino con ADHD e i compagni.

Trattamento farmacologico

Dal S.O. della GU n. 106 del 24 aprile 07, ove sono pubblicate le determinazioni del 19 aprile riguardanti la autorizzazione alla immissione in commercio del Metilfenidato e dell'Atomoxetina, si ricavano le seguenti principali raccomandazioni.

I farmaci registrati in Italia per la terapia farmacologica dell'ADHD sono il Metilfenidato somministrato in base al peso corporeo, (mediamente 0,3-0,6 mg/kg/dose in due-tre dosi die) e l'Atomoxetina somministrata in base al peso corporeo (mediamente 1.2 mg/kg/dose in singola dose giornaliera, raramente in due dosi dimezzate).

Il farmaco di scelta è il Metilfenidato, che inizia a mostrare la sua attività clinica dopo circa trenta minuti dalla somministrazione orale; raggiunge il picco di concentrazione e attività dopo un'ora; la sua attività terapeutica dura circa 3-5 ore, per cui viene solitamente somministrato 2-3 volte al giorno. In genere il farmaco viene somministrato durante la frequenza scolastica e si attua, quando possibile, una sospensione nei periodi di vacanza estiva.

La somministrazione di Metilfenidato dovrebbe iniziare alla dose di 5-10 mg al mattino e successivamente titolato in 2-3 somministrazioni giornaliere.

Normalmente la dose giornaliera è di 10-50 mg/die; la dose media giornaliera è di 20-35 mg; la dose massima/die è di 60 mg. In pochi casi è sufficiente 1 dose/die. La titolazione attenta e il monitoraggio costante della terapia farmacologica permettono una maggiore efficacia. E' necessaria una titolazione graduale ed individualizzata delle dosi. La formulazione disponibile è di 10 mg.

Prima della somministrazione di Metilfenidato è opportuno eseguire, anche con la collaborazione del medico di famiglia, un esame ematologico di routine, una visita medica generale con annotazione di peso ed altezza, un ECG.

Il giorno della prima somministrazione, si misurano i segni vitali e quindi, dopo avere ottenuto il consenso informato scritto dei genitori e l'assenso del bambino, si procede somministrandone 5 o 10 mg, assieme alla colazione. Vanno quindi valutati, nel corso della mattina, l'eventuale comparsa di effetti indesiderati, in particolare effetti gastrointestinali, cefalea, eccitazione-disforia, tic ed altri movimenti involontari, tachicardia.

Va anche valutata l'efficacia sulle funzioni attentive (test specifici), sulla tenuta in attività scolastiche, sulla tenuta in un colloquio, sul controllo dell'iperattività e raccolta la valutazione soggettiva del bambino.

L'Atomoxetina deve essere somministrata inizialmente ad una dose totale giornaliera di circa 0,5 mg/kg. La dose iniziale deve essere mantenuta per almeno 7 giorni, prima di aumentare progressivamente, in funzione della risposta clinica e della tollerabilità. Sulla base del giudizio clinico di efficacia, si può passare ad un dosaggio intermedio di circa 0.8 mg/Kg/dose, oppure direttamente alla dose di mantenimento consigliata, che è di circa 1,2 mg/kg/die. Dosi superiori a 1,2 mg/kg/die non hanno dimostrato benefici ulteriori sulla base degli studi controllati, ma possono, sulla base del giudizio clinico essere valutate in casi specifici (es. 1,5mg/kg/die). Non è stata sistematicamente valutata la sicurezza di dosi singole superiori a 1,8mg/kg/die o di dosi totali giornaliere superiori a 1,8 mg/kg. La somministrazione dovrebbe essere in una singola dose, al mattino o alla sera. Solo in caso di problemi di tollerabilità la dose può essere frazionata in due somministrazioni. Le formulazioni disponibili sono di 10, 18, 25, 40 e 60 mg.

Solo per il Metilfenidato la prima dose (dose test) deve essere somministrata in ambiente protetto (Ambulatorio o DH del Centro di riferimento).

Altri farmaci

Gli antidepressivi triciclici, gli SSRI, gli antipsicotici, i neurolettici, le benzodiazepine e altri farmaci ad azione sul SNC, vengono talora utilizzati nella terapia farmacologica di soggetti affetti da ADHD. In genere si tratta di casi di comorbidità in cui è necessario associare ai suddetti, farmaci elettivi per l'ADHD, altre sostanze specifiche per le patologie associate all'ADHD.

Schema di sintesi per il trattamento farmacologico dell'ADHD

Farmaco	<i>Metilfenidato</i>	<i>Atomoxetina</i>
Esami prima della prescrizione/ somministrazione	<ul style="list-style-type: none"> - Accurato esame fisico, anamnesi personale positiva per epilessia, valutazione basale di tutta la possibile psicopatologia, rischio cardiovascolare - Esame ematologico di routine, una visita medica generale con annotazione di peso ed altezza, un ECG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accurato esame fisico, anamnesi personale positiva per epilessia, valutazione basale di tutta la possibile psicopatologia, rischio cardiovascolare
Dosi	<i>Mediamente 0,3-0,6 mg/kg/dose in due-tre dosi die</i>	<i>1.2 mg/kg/dose in singola dose giornaliera</i>
Somministrazione della prima dose	<p><i>In ambiente protetto (ambulatorio-centro di riferimento)</i></p> <p><i>Misurazione segni vitali e valutazione nel corso della mattinata effetti collaterali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - effetti gastrointestinali - cefalea, - eccitazione-disforia, - tic ed altri movimenti involontari, - tachicardia. 	
Somministrazione	<i>2-3 somministrazioni giornaliere</i>	<i>Singola dose (mattino o sera)</i>
Dose giornaliera	<i>10-50 mg/die</i>	<i>Dose iniziale: 0,5 mg/kg da mantenere per 7 giorni e poi aumento progressivo fino a 1,2 mg/kg/die (dose di mantenimento)</i>
Dose media giornaliera	<i>20-35 mg /die</i>	<i>0.8 mg/Kg/dose</i>
Dose massima	<i>60 mg /die</i>	<i>1,8 mg/kg/die</i>
Attività clinica del farmaco	<i>Inizio: 30' dopo somministrazione</i>	<i>Effetto terapeutico a partire dalla 4° settimana di somministrazione</i>
Durata attività terapeutica	<i>3-5 ore</i>	
Altro	<p><i>Controllo alla I e alla IV settimana</i></p> <p><i>Somministrazione durante frequenza scolastica- sospensione mesi estivi</i></p>	<p><i>Controllo alla I e alla IV settimana</i></p> <p><i>Effetto si manifesta in maniera graduale e progressiva. Necessari 2 mesi per una valutazione attendibile</i></p>

PERCORSO ORGANIZZATIVO

Il percorso organizzativo di seguito proposto ha la finalità di uniformare il percorso diagnostico per i casi con sospetto ADHD e monitorare i percorsi terapeutici messi in atto per questi pazienti.

Nella maggioranza dei casi il percorso diagnostico inizia con un problema rilevato in ambito scolastico, di disattenzione e/o di iperattività. Nella attuale pratica clinica il bambino con ADHD può giungere all'ambulatorio di NPIA inviato dal medico di famiglia, anche su consiglio degli insegnanti. In tutti i casi il Medico di Famiglia (Pediatra o MMG) va informato dell'avvio dell'iter diagnostico, della sua conclusione, della eventuale conferma della diagnosi dell'avvio di un progetto terapeutico e/o della eventuale prescrizione farmacologica.

A livello dell'ambulatorio di NPIA, viene svolta la valutazione diagnostica utilizzando il protocollo condiviso sopra proposto ed in seguito, nei casi da trattare, viene messa in atto la presa in carico assistenziale secondo un progetto terapeutico individualizzato.

All'interno di ogni UONPIA aziendale, viene individuato il Team multiprofessionale di riferimento con specifica formazione e competenza in tema di ADHD; a seconda della specifica organizzazione aziendale viene definito e formalizzato il percorso assistenziale, ivi comprese le modalità di relazione funzionale fra gli operatori di base ed il Team ADHD.

Si rimanda agli allegati A e B per la definizione del percorso clinico-assistenziale e la flow-chart di riferimento.

A seguito della immissione in commercio del Metilfenidato e della Atomoxetina, presso l'Istituto Superiore di Sanità, è stato istituito un Registro nazionale ADHD, coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco.

Il Registro avrà la durata di due anni, e la popolazione di riferimento sarà costituita da bambini e ragazzi di età superiore ai 6 anni con diagnosi di ADHD con indicazione al trattamento farmacologico.

Questo Registro è disegnato per monitorare l'uso del Metilfenidato e della Atomoxetina, in associazione ad altri interventi terapeutici (farmacologici e non), a medio e lungo termine, in soggetti affetti da ADHD.

La Regione Emilia Romagna individua presso ogni ASL un Centro ADHD competente anche nella prescrizione farmacologia, cui compete anche la compilazione delle schede individuali del Registro ADHD, ISS.

Il programma regionale per l'assistenza ai minori con ADHD, prevede le seguenti Azioni:

La UONPIA aziendale:

- individua il Team di riferimento (almeno un medico Neuropsichiatra ed uno Psicologo) cui è riconosciuta competenza e/o esperienza in tema di ADHD;
- individua il "responsabile" del Team e la sede operativa dello stesso (una o più, a seconda della locale programmazione); il responsabile del Team sarà anche il referente aziendale per il gruppo di Coordinamento regionale del Programma ADHD,
- individua formalmente le funzioni e le responsabilità delegate al Team, i necessari interventi di aggiornamento e formazione, etc.
- si fa garante, tramite specifico protocollo, dei necessari collegamenti dei Team ADHD con gli altri livelli aziendali (es. Servizio Farmaceutico, Distretto, etc.) con le UONPIA aziendali (territoriali e/o ospedaliere), che insistono nel territorio di riferimento aziendale, i competenti servizi dell'Assessorato regionale Politiche per la Salute ed il coordinamento regionale;
- avvia tutti i necessari provvedimenti operativi (diretti o mediati dalle strutture distrettuali o EE.LL.) per lo specifico collegamento con le istituzioni scolastiche locali, finalizzati a

completare l'iter integrato di assistenza all'alunno con ADHD residente nel territorio di riferimento

- avvia i dovuti collegamenti con le associazioni familiari per il necessario coinvolgimento nella valutazione di qualità condivisa (partecipazione alla programmazione degli interventi per quanto di competenza in tema di soddisfazione dell'utente)

La Regione:

- chiede formalmente alle Aziende sanitarie di comunicare il Centro Prescrittore autorizzato per il trattamento farmacologico ai minori con ADHD ed il nominativo del Responsabile del Team/Centro Prescrittore.
- attiva un formale Coordinamento per la costruzione della "rete regionale per l'ADHD". Per questo procede alla individuazione di un referente ADHD (nell'ambito del Coordinamento regionale dei Responsabili NPIA), con il mandato di:
 - a) supportare la organizzazione della rete regionale dei Team/Centri Prescrittori per ADHD
 - b) monitorare l'andamento del registro dei pazienti con ADHD (costruzione cartella, eventuali modifiche SINP, adeguamento ISS, report periodici, etc.)
 - c) adottare i necessari provvedimenti per il collegamento funzionale con gli altri Centri regionali della rete ADHD, ivi compreso l'assolvimento del debito informativo e la condivisione della analisi dei risultati
 - d) tiene i contatti con il progetto ISS e con l'Area Neuropsichiatria Infantile dell'Assessorato Politiche per la Salute dell'Emilia-Romagna, anche per eventuali ulteriori collegamenti di competenza con gli altri servizi regionali (Farmaceutico; Cure Primarie; etc.)
 - e) propone eventuali necessità di formazione specifica tesa ad adeguare ed uniformare il livello ottimale di appropriatezza degli interventi offerti dalla "Rete regionale ADHD" da parte delle molteplici professionalità (pediatri di libera scelta, ospedalieri, di comunità; medici di medicina generale; psicologi; neuropsichiatri infantili; operatori della riabilitazione, etc.)
- attiva le usuali procedure per quanto riguarda la attuazione della normativa per gli aspetti attinenti la prescrizione di Metilfenidato e di Atomoxetina.

Il sistema informativo

Vista la attuale esistenza del sistema informativo SINP già in uso presso le Unità Operative di NPIA (UONPIA), attualmente in via di adeguamento al sistema informativo regionale per la salute mentale, dovranno essere intraprese iniziative che tendano ad integrare le modalità di registrazione dei casi con ADHD per entrambi gli obiettivi informativi (ISS e SINP) sia allo scopo di non appesantire inutilmente il lavoro di immissione degli stessi dati in due diversi sistemi informativi sia per favorire il monitoraggio di appropriatezza dei percorsi assistenziali di tutti i minori con ADHD indipendentemente dalla decisione di avviare il trattamento farmacologico.

A tale scopo si dovrà prevedere di:

- valutare quali dei dati richiesti nella scheda di progetto ISS sono già oggetto di registrazione nella cartella individuale SINP;
- valutare eventuali ulteriori costi per l'adeguamento della scheda SINP alla prescrizione farmacologica (quale modello sperimentale, riproducibile per eventuali altri trattamenti farmacologici di altre patologie neuropsichiatriche);
- dotare la sede (del "Centro") di postazione informatica con terminale SINP;
- costruire una apposita "interrogazione" al SINP per valutare l'attuale percorso assistenziale (n. e tipologia di prestazioni; carico di lavoro; rapporti con la scuola; certificazione L. 104/92, etc.) dei bambini con ADHD finalizzata a valorizzare e monitorare l'impegno di miglioramento assistenziale a tutti i bambini con diagnosi di ADHD (non solo quelli in trattamento farmacologico).

ALLEGATO A: IL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE

La approvazione del Metilfenidato e della Atomoxetina per il trattamento dell'ADHD è vincolata alla predisposizione di piani terapeutici individuali.

L'autorizzazione all'immissione in commercio di questi due farmaci in Italia, dispensabili da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rende quindi necessario il monitoraggio dell'uso di queste sostanze nella popolazione pediatrica affetta dalla Sindrome da iperattività con deficit di attenzione (ADHD), qualora trattata con questi farmaci, al fine di garantirne la sicurezza d'uso.

Per soddisfare questa necessità è stato istituito un Registro nazionale coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco.

Il Registro avrà la durata di due anni, e la popolazione di riferimento sarà costituita da bambini e ragazzi di età superiore ai 6 anni e in età adolescenziale.

Il Registro sarà compilato presso il Centro prescrittore.

La allegata flow-chart, costruita in coerenza con quanto previsto dalla delibera GR n. 911/2007 per la standardizzazione dei processi clinico-assistenziali in NPIA, prevede, in sintesi, che:

- Le prime prescrizioni del Metilfenidato e dell'Atomoxetina vengono effettuate dal NPI del Centro Prescrittore che, come detto, per la Regione Emilia Romagna coincide con le UO NPIA Aziendali.

Tale Centro Prescrittore dopo aver curato la prima somministrazione, in ambiente sanitario per il Metilfenidato, è tenuto a valutare efficacia e tollerabilità del farmaco per almeno il primo mese. E' necessario un controllo clinico alla prima e alla quarta settimana per confermare la prescrizione.

Successivamente le prescrizioni potranno essere effettuate dal NPI delle strutture territoriali o dal Pediatra di Libera scelta o Medico di Medicina Generale.

Il bambino sarà ricontrollato presso il Centro prescrittore a 6, 12, 18 e 24 mesi e dovrà essere verificata annualmente l'opportunità di interruzione temporanea (es. mesi estivi) o definitiva della terapia.

Alle visite mensili e semestrali del follow up vengono valutati e registrati: i segni vitali, l'accrescimento, eventuali effetti indesiderati.

Inoltre:

A) Alle visite *mensili* di follow-up, *ADHD Rating Scale* o *SNAP-IV* effettuate presso NPI e/o PLS.

B) Alle visite *semestrali* presso il centro di riferimento vanno valutati:

- *ADHD Rating Scale* o *SNAP-IV*;
- Questionario per genitori e per insegnanti (*Conner's Parent & Teacher RS*);
- Osservazione del bambino in situazione non strutturata, colloquio, esame psichico e neurologico del bambino/ adolescente;
- Scale di autovalutazione per ansia e depressione (*MASC* e *CDI*);
- *C-GAS* e *CGI*.

Il team di riferimento in accordo con l'équipe territoriale referente del caso discuterà con i genitori della diagnosi e dei diversi aspetti dell'intervento, in particolare delle prospettive terapeutiche e della verifica degli interventi psicoeducativi.

Sono ammessi al protocollo i minori di età superiore ai 6 anni e in età adolescenziale con diagnosi (ICD 10) di:

- F90. 0
- F90. 1

Al termine di un anno di sperimentazione delle presenti linee di indirizzo, a seguito di valutazione dei dati clinici, sarà possibile effettuare eventuali integrazioni, modifiche e aggiornamenti del presente protocollo. A tale scopo viene istituito un Tavolo Regionale di lavoro con i Referenti dei Centri prescrittori regionali che si incontreranno regolarmente per discutere e monitorare l'andamento del Registro.

FLOW-CHART 1: ACCOGLIENZA, DIAGNOSI, PRESA IN CARICO

Attori

Pediatri
Scuola
Famiglia

NPI/PSI logop.
fisiot. Educatori prof.
Psicomotricisti

NPI, logop.,
educatori prof.
Psicomotricista

NPI/PSI, logop.,
educatori prof.
Psicomotricista

NPI/PSI, logop.,
educatori prof.
Psicomotricista

Strumenti utilizzati

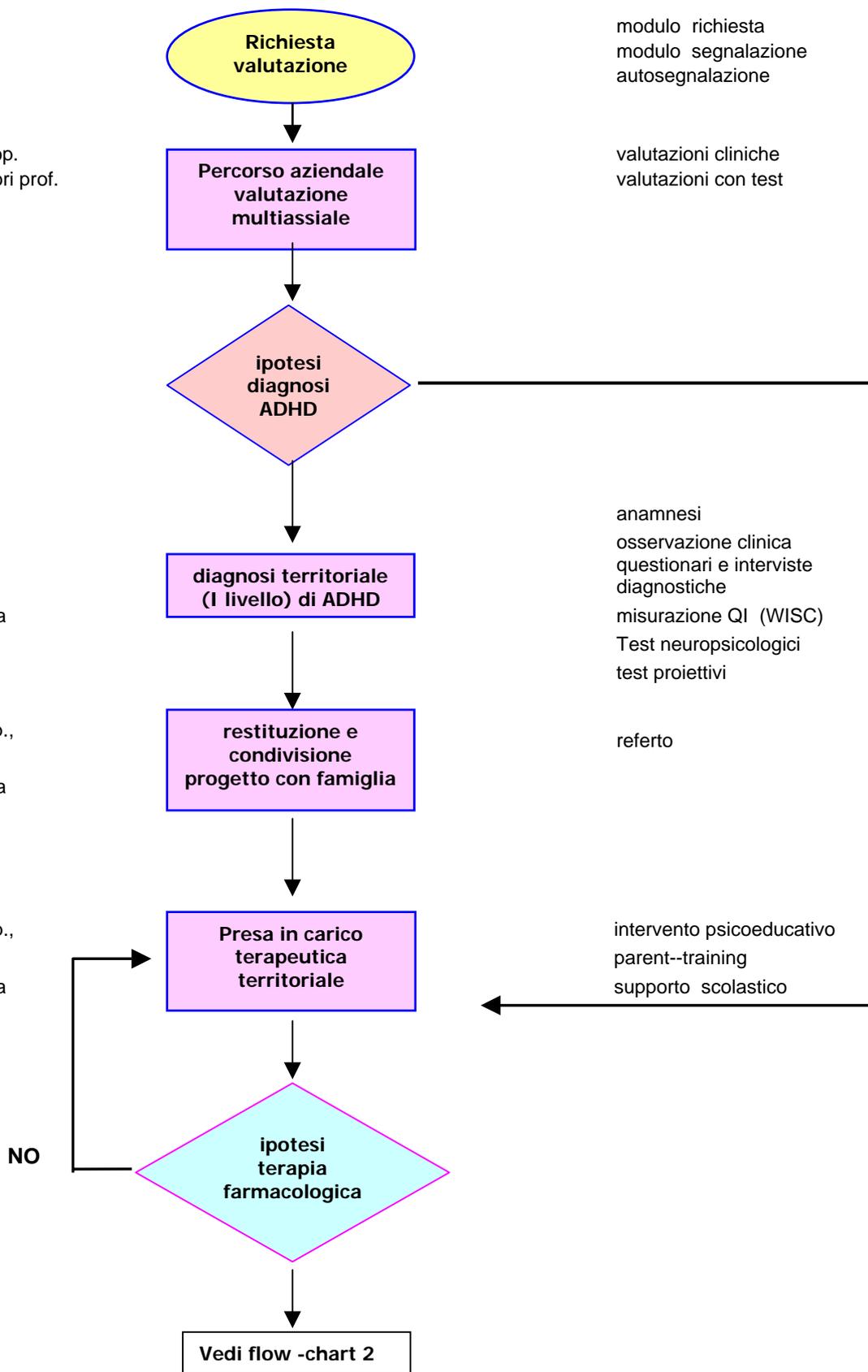
modulo richiesta
modulo segnalazione
autosegnalazione

valutazioni cliniche
valutazioni con test

anamnesi
osservazione clinica
questionari e interviste
diagnostiche
misurazione QI (WISC)
Test neuropsicologici
test proiettivi

referto

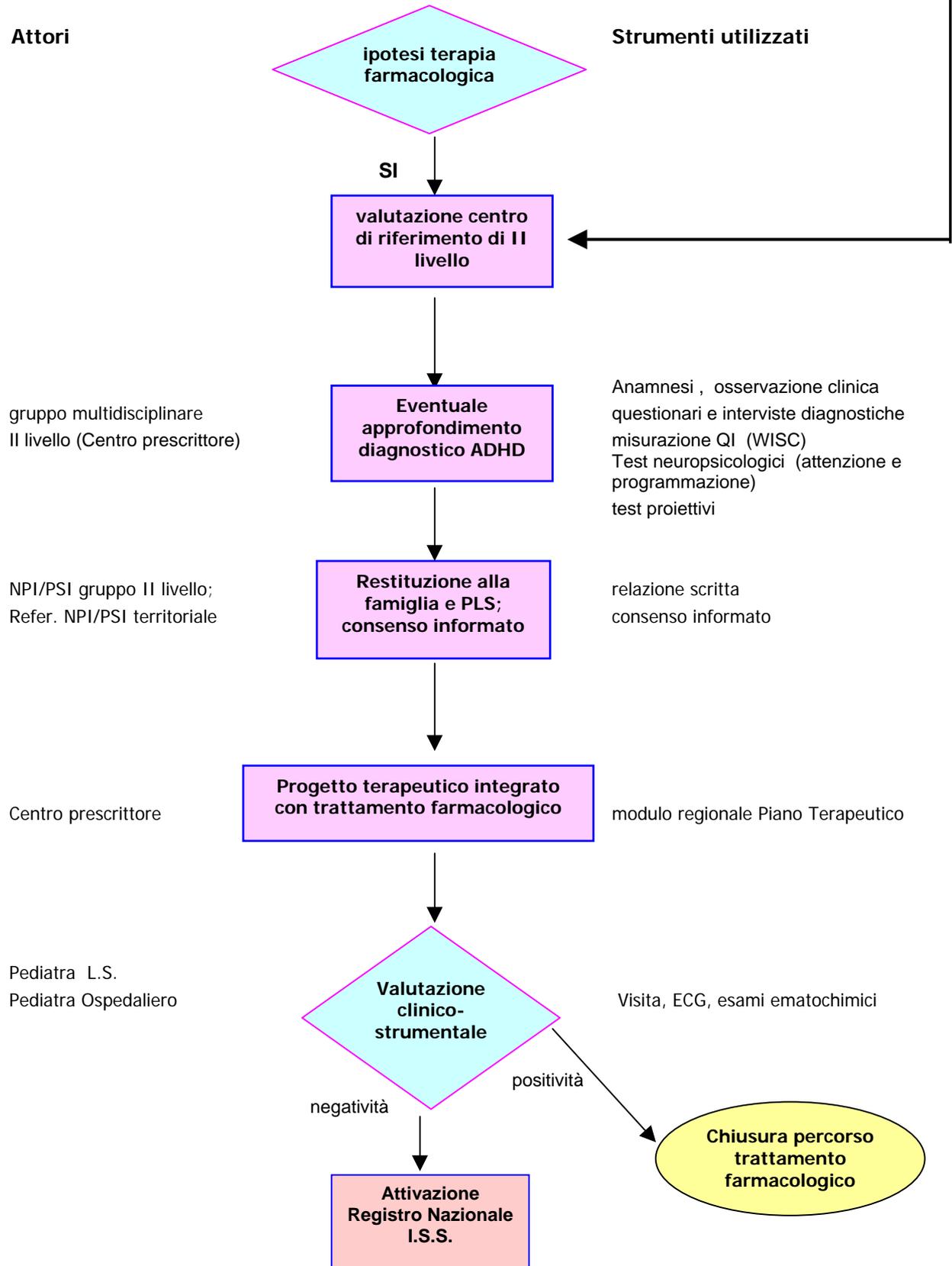
intervento psicoeducativo
parent-training
supporto scolastico



FLOW-CHART 2: PRESA IN CARICO PER IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Attori

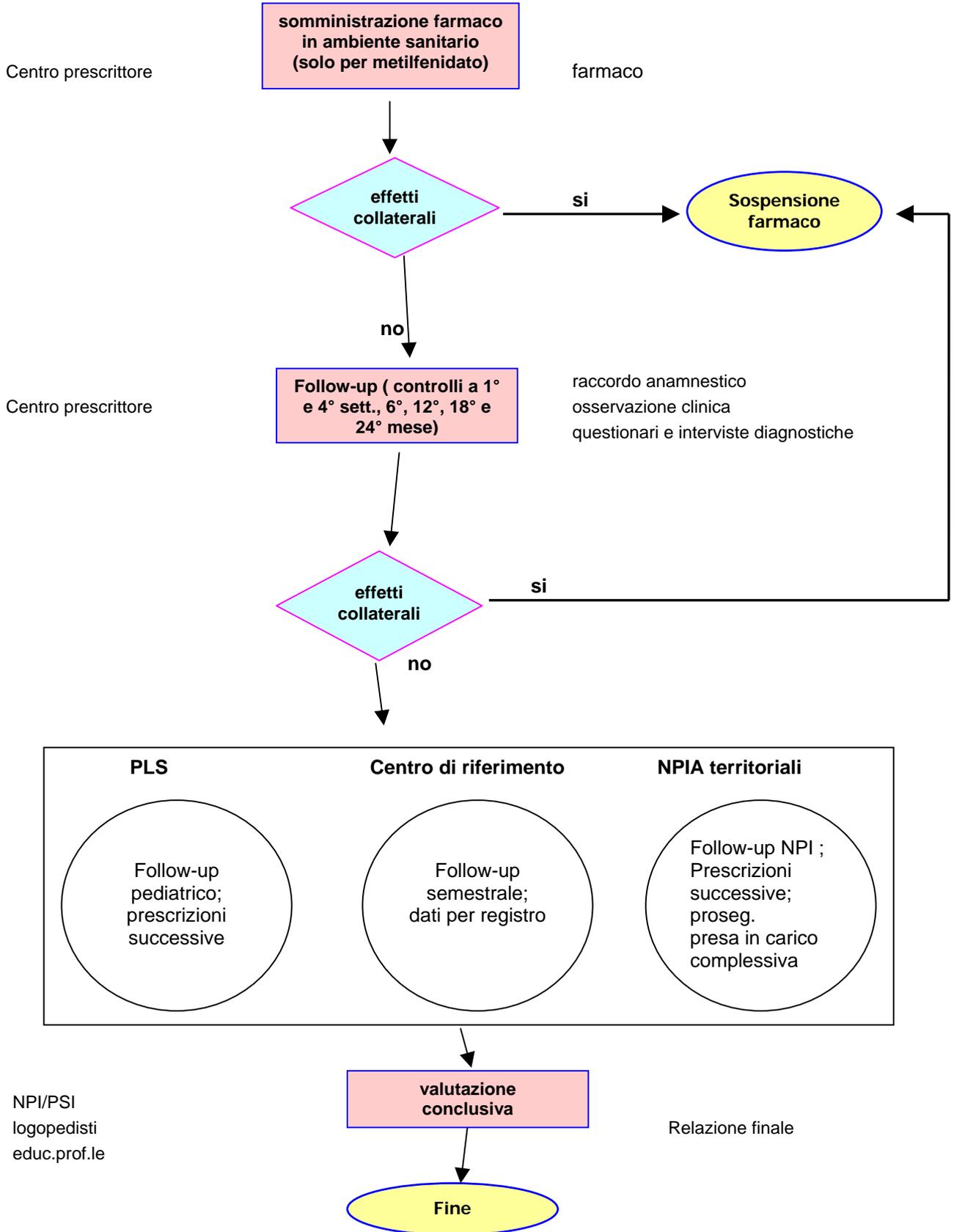
Strumenti utilizzati



FLOW-CHART 3: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Attori

Strumenti utilizzati



Allegato 2**CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI ABILITATI AL RILASCIO DEL PIANO TERAPEUTICO PER I FARMACI METILFENIDATO E ATOMOXETINA**

AZIENDA SANITARIA	CENTRI DI RIFERIMENTO	Responsabile del team ADHD	Altri Clinici autorizzati al rilascio del PT
AUSL Piacenza	NPIA	Dr. Roberto Parisi	
AUSL Parma	NPIA	Dr. Antonio Pirisi	
AUSL Reggio Emilia	NPIA	Dr.ssa Flaviana Murru	dr.ssa Gabriela Gildoni
AUSL Modena	NPIA	Dr.ssa Nicoletta Modena	
AUSL Bologna*	NPIA	Dr. Giancarlo Rigon	Dr. Stefano Trebbi
AUSL Imola	NPIA	Dr.ssa Donata Chiarini	
AUSL Ferrara	SMRIA	Dr.ssa Rita Zanella	Dr.ssa Dora Suglia
AUSL Ravenna	NPIA	Dr. Paolo Stagi	Dr.ssa Valeria Savoia
AUSL Forlì	NPIA	Dr. Giustino Melideo	
AUSL Cesena	NPIA	Dr.ssa Daniela Fabbri	
AUSL Rimini	NPIA	Dr. Andrea Tullini	Dr.ssa Serenella Grittani

* il centro ADHD dell'Azienda USL di Bologna, operativo presso l'Ospedale Maggiore cittadino, è individuato come Coordinatore regionale, con le funzioni e responsabilità espresse nel documento "Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (DDAI/ADHD) in età evolutiva in Emilia-Romagna"

Allegato 3

Piano Terapeutico

richiesto per la prescrizione di farmaci del Registro ADHD

Centro di prescrizione Az. USL _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (iniziali nome e cognome) _____ Data di nascita _____

Sesso M F

Codice Fiscale _____

Età _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____

Medico curante _____

NPI referente _____

Diagnosi ICD10 _____

prescrizione:

- percorsi di trattamento precedenti (specificare) _____

- motivazione della scelta del farmaco _____

Farmaco prescritto _____

Posologia _____

Durata del trattamento prevista fino al ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto:

antiepilettici

altro (specificare) _____

Prima prescrizione Prosecuzione cura

Prosecuzione cura su diagnosi di altro Centro (specificare quale) _____

in trattamento presso il Centro di provenienza

Data controllo prevista per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento

Motivo della sospensione:

effetto avverso mancata efficacia passaggio ad altro farmaco

Data della sospensione ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore