

# Il percorso clinico del disturbo dell'attività e dell'attenzione in un servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

*Clinical procedures for ADHD disorder in a public health service*

S. CHIODO\*, S. BELMONTE\*, F.AGAZZI\*\*, F.BRINGHENTI\*\*\*, L. DEMELAS\*\*,  
S. COSTA\*, G. RIGON\* \*\*

\* Neuropsichiatra Infantile. Unità Operativa di Psichiatria e Psicoterapia dell'età evolutiva (U.O.PPEE) DH, Ospedale Maggiore, Bologna; \*\* Neuropsichiatra Infantile. Unità Operativa di NPEE Area Territoriale Bologna; \*\*\* Psicologo. Unità Operativa di NPEE Area Territoriale Bologna

PAROLE CHIAVE. – Deficit dell'attenzione - Iperattività - Impulsività - Diagnosi -  
Trattamento

KEY WORDS. – Attention deficit - Hyperactivity - Impulsiveness - Diagnosis - Treatment

## Summary

*In this study the authors want to analyze the clinical population of developmental age patients followed in the public service of psychiatry for developmental age located in Bologna city by a structured interview. The prevalence of the disorder is 1.2% (40 patients), with prevalence in male (M:F 7:1). The clinical characteristic of the sample confirm the multifactor etiopathogenesis of the disorder. Any single therapeutic treatment results effective, suggesting the necessity of a multimodal approach to this disorder.*

## Introduzione

Negli ultimi trent'anni vi sono state numerose revisioni dei criteri diagnostici per l'ADHD <sup>1</sup>; tale disturbo è inoltre stato oggetto di ampi dibattiti nell'ambiente clinico e scientifico, sia per l'eterogeneità dei fattori eziopatogenetici chiamati in causa, sia per la "...scarsa validità discriminativa dei sintomi cardine della sindrome, che possono facilmente prestarsi ad un'identificazione con

quelli di altri quadri patologici diagnosticati nell'infanzia (depressione, ansia, disturbo della condotta, ritardo mentale, disturbi dell'apprendimento)"<sup>2</sup>.

Esiste ancora una certa difficoltà in ambito clinico nel porre la diagnosi di ADHD, che infatti non risulta essere molto frequente nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile nella realtà italiana<sup>3 4</sup>.

### Obiettivi

È stato realizzato uno studio clinico al fine di:

- 1) analizzare le caratteristiche cliniche della popolazione interessata;
- 2) verificare il percorso terapeutico attualmente applicato a tali pazienti;
- 3) individuare eventuali fattori prognostici (favorevoli e sfavorevoli) e terapeutici.

### Materiale e metodi

Il campione consiste nei pazienti in carico al Servizio di neuropsichiatria infantile dell'Area Centro della Azienda USL di Bologna (utenza complessiva 0-18 a giugno 2004 pari a 3309 pazienti), con diagnosi di Disturbo dell'attività e dell'attenzione e Disturbo ipercinetico della condotta, secondo i criteri diagnostici dell'ICD-10 (F 90.0 e F 90.1). Sono stati esclusi i casi con ritardo mentale marcato; encefalopatie epilettiche, disturbi sensoriali importanti, ecc.

I singoli clinici del Servizio che risultavano, secondo i dati del Sistema informativo, avere in carico pazienti con tali diagnosi, sono stati intervistati.

Per ogni paziente sono stati raccolti i seguenti dati:

**Dati anagrafici e di "servizio":** sesso; età anagrafica (al giugno 2004), età al momento della prima osservazione clinica; follow-up (intervallo di tempo tra prima ed ultima osservazione); diagnosi (F 90.0 o F 90.1); referente (NPI o psicologo); inviante. **Dati anamnestici:** anamnesi familiare e personale.

**Quadro clinico all'ingresso, Trattamento, Evoluzione** (mediante scala Clinical Global Impression). È stata eseguita quindi un'analisi statistica dei diversi items utilizzando il test esatto di Fisher che consente di valutare, nel caso di piccoli campioni, la significatività del legame tra due variabili.

### Risultati

Su una utenza complessiva (0-18 anni) afferente al Servizio di Neuropsichiatria Infantile della città di Bologna al Giugno 2004 di 3309 pazienti, sono stati individuati 40 casi (1,2%) con diagnosi di ADHD, secondo i criteri ICD-10. Vi è una netta prevalenza del sesso maschile (M:F 7:1).

In sintesi sono riportati i dati principali: **Età media** 10,3 (range 6,4-8,4); **Età ingresso** = media 7,1 aa (range 2-11,1 aa); **follow-up** = media 2,9 aa (range 7 mesi-8,3 aa); **diagnosi ICD10** = F 90.0 31 (77,5%), F 90.1 9 (22,5%); **referente** = NPI 15 (37,5%), psicologo 25 (68,5%); **anamnesi familiare** presenza di = ADHD 7 (17,5%), patologie psichiatriche 17 (42,5%), patologie croniche 10 (25%), problemi familiari/sociali/economici 20 (50%); **anamnesi personale** = Sofferenza pre-peri-post-natale 5 (12,5%), ritardo psicomotorio = ritardo del linguaggio 17 (42,5%), ritardo motorio 7 (17,5%), ritardo area affettivo/cognitiva 8 (20%); **codiagnosi ICD-10 23** (57,5%) = F 81: 11 (27,5%), F 80: 4 (10%), F 93: 3 (7,5%), F 98: 3 (7,5%), F 70: 1, F 83: 1, F 93: 1, patologie/disturbi neurologici 4 (10%); **certificazione** (legge 104/92) = 19 (47,5%); **trattamento**: intervento farmacologico 5 (12,5%), altri interventi rivolti a bambino 30 (75%) di cui psicoterapia psicodinamica 15 (37,5%), psicoterapia cognitivo-comportamentale 3 (7,5%), logopedia 12 (30%), psicomotricità 5 (12,5%), intervento educativo 9 (22,5%), musicoterapia 1 (2,5%); interventi rivolti ai genitori 31 (77,5%) di cui psicoterapia psicodinamica 5 (12,5%), colloqui sostegno 26(65%); scuola 23 (57,5%) di cui colloqui insegnanti 22 (55%), didattici 7(17,5%), servizio sociale 10 (25%); **intensità del disturbo** (CGI) = iniziale: grave 19 (47,5%), moderato 19 (47,5%), lieve 2 (5%); finale: grave 10 (25%), moderato 18 (45%), lieve 12 (30%); **evoluzione**: migliorati 21 (52,5%), stazionari 17 (42,5%), peggiorati 2 (5%).

L'analisi statistica dimostra, rispetto all'evoluzione, che i bambini con pregresso ritardo dello sviluppo motorio non migliorano, ma questo dato correla con un'evoluzione peggiore; la presenza di una sintomatologia evidente tra i 3 e i 6 anni, correla in modo negativo con il miglioramento e positivo con un quadro di stazionarietà; la certificazione scolastica e i colloqui con le insegnanti correlano in modo significativo al miglioramento. I singoli approcci terapeutici messi a confronto rispetto alla gravità del quadro e all'evoluzione non sono risultati statisticamente significativi.

## Discussione e conclusioni

Dai dati analizzati è emerso che l'1,2% della popolazione clinica afferente al nostro Servizio ha diagnosi di ADHD e, di questi, il 22% presenta comorbidità con disturbo della condotta (F 90.1) ed una intensità grave della patologia anche agli ultimi controlli clinici, confermandone la peggiore prognosi. Si è riscontrata un'alta percentuale di familiarità positiva per patologie psichiatriche (42,5%), la presenza nei genitori di pregressi sintomi ADHD nel 17,5% e la frequente rilevazione (50%) di importanti fattori di stress ambientale quali problemi familiari, economici e sociali. Vengono infine rilevati sintomi depressivi (40%) e ansiosi (35%) nei bambini ADHD; la presenza di manifestazioni oppositivo-provocatorie è stata rilevata nel 38,7% dei pazienti con diagnosi F 90.0.

Questi dati suggeriscono un'eziopatogenesi multifattoriale del disturbo, a cui concorrono agenti genetici, biologici ed ambientali. Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, dal nostro studio è risultato necessario un approccio al disturbo di tipo multimodale, come già definito dalle linee guida internazionali e nazionali relative al trattamento<sup>5 6</sup>. Inoltre, si è evidenziata la carenza nell'uso di tecniche più specifiche per il trattamento (vedi parent training, consigli alla scuola, ecc.).

Partendo da tali esigenze, all'interno della U.O. NPI è stato costituito un gruppo di lavoro interprofessionale che ha prodotto un protocollo clinico operativo per un utilizzo locale, basandosi sulle specifiche linee guida prodotte dalla SINPIA e quelle europee di Taylor per l'ADHD ed ha parallelamente iniziato ad applicare il metodo del parent training con alcune coppie di genitori di bambini con diagnosi ADHD. Inoltre è stato possibile attivare a livello del DH di psichiatria e psicoterapia per l'età evolutiva il percorso per la fornitura di metilfenidato, che attualmente è possibile prescrivere in alcuni casi selezionati.

### Riassunto

Viene analizzato il percorso clinico di pazienti con ADHD in carico all'UO di NPEE Area Centro dell'AUSL di Bologna, mediante un'intervista semi strutturata. Emerge una prevalenza del disturbo dell'1,2% (40 casi), con preminenza nel sesso maschile (M:F 7:1). I dati suggeriscono una eziopatogenesi multifattoriale. Nessun singolo trattamento terapeutico è risultato significativamente efficace, suggerendo la necessità di un approccio multimodale.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4a edizione, revisione testo). Washington, DC: APA Press 2000.
- <sup>2</sup> Bernabei P, Romani M, Levi G. *ADHD: sintomo o sindrome?* Psic Inf Adol 1995;62:359-66.
- <sup>3</sup> Camerini G, Coccia M, Caffo E. *Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti*. Psic Inf Adol 1996;63:587-94.
- <sup>4</sup> Gallucci F, Bird HR, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberger A. *Symptoms of Attention deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: finding of a pilot study*. J Am Acad Child Adol Psych 1993;32:1051-8.
- <sup>5</sup> Società Italiana Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). *Linee guida ADHD*. Giorn Neuropsich Età Evol 2004;24(Suppl 1)41-87.
- <sup>6</sup> Taylor E, Dopfner M, Sargeant J, Ascherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade*. Eur Child Adolesc Psych 2004;13:1/7-1/30.