

ADHD MODALITÀ E DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICHE: UN'INDAGINE NELLA PROVINCIA DI NOVARA

ADHD method and diagnostic trouble: a survey on the Novara's district

F. Guccione, A. Antonini, M. Vallana

Centro di Riferimento ADHD Ospedale di Borgomanero S.C. di Neuropsichiatria Infantile, ASL Novara

RIASSUNTO

In Italia, così come in altri paesi l'ADHD è sottodiagnosticato. Numerosi studi evidenziano come tale variabilità dipenda dalle diverse metodologie diagnostiche utilizzate. Tali studi, non hanno mai preso in considerazione gli operatori addetti alla diagnosi, la loro formazione o il loro aggiornamento scientifico. Questo lavoro, si pone l'obiettivo di verificare la sensibilità diagnostica e l'opinione soggettiva degli operatori incaricati di effettuare la diagnosi nella provincia di Novara e di valutare le procedure e il percorso diagnostico-terapeutico utilizzato. A questo scopo: sono stati intervistati 17 operatori (psicologi e neuropsichiatri infantili). Dai dati raccolti emerge che una certa percentuale di operatori ha tutt'ora idee incongrue rispetto al Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività e non sempre il percorso diagnostico utilizzato prevede la somministrazione di specifici test neuropsicologici. Questo potrebbe giustificare il numero limitato di diagnosi formulate.

INTRODUZIONE

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disordine evolutivo di natura multicomponentiale, caratterizzato da una triade sintomatologica comprendente: disattenzione, impulsività e iperattività. La sua cura richiede un intervento multimodale che prevede, per alcune specifiche situazioni la somministrazione di farmaci.

La bibliografia scientifica internazionale è concorde nell'individuare l'eziologia del disturbo come di tipo prevalentemente neurobiologico^{1 2} ciononostante tutt'ora numerosi operatori sanitari sono scettici rispetto a questa genesi.

SUMMARY

In Italy, as in other countries, ADHD is underdiagnosed. Numerous studies show that this variability depends on the different diagnostic methods used. These studies have not taken into account, the operators responsible for the diagnosis, their education or their scientific update. This work aims to verify the diagnostic sensitivity and the subjective experience of the operators into the neuropsychiatric department of Novara district and evaluate the procedures and the diagnostic-therapeutic use. For this purpose: were interviewed 17 workers (psychologists and child psychiatrists). Data shows that a certain percentage of operators still has ideas incongruous compared to the Attention Deficit Hyperactivity Disorder and not always used, in the diagnostic protocol specific neuropsychological tests. This is an important variable that could justify the limited number of diagnoses.

A livello nazionale, esistono fonti di informazione/aggiornamento specifiche sull'argomento. Viene regolarmente pubblicata, ad opera dell'associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività (AIDAI), una rivista scientifica semestrale. Gli addetti ai lavori possono usufruire di servizi internet, istituzionali e non, finalizzati ad offrire aggiornamento, formazione e consulenza specialistica online. Da oltre cinque anni l'Istituto Mario Negri di Milano pubblica mensilmente una newsletter che riporta gli estratti degli articoli pubblicati dalla letteratura scientifica internazionale.

Nell'ultimo decennio, numerosi sono stati gli eventi

PAROLE CHIAVE

ADHD - Difficoltà diagnosi

KEY WORDS

ADHD - Diagnostic trouble

formativi a carattere nazionale e locale, di sensibilizzazione ed aggiornamento sull'argomento.

Sin dal 2007, è in vigore una specifica normativa nazionale con l'istituzione del registro nazionale ADHD (G.U. n. 106 24/4/07), che ha definito un rigoroso sistema di monitoraggio e controllo, finalizzato alla sicurezza del farmaco, anche attraverso l'individuazione di centri di riferimento.

Ciò nonostante anche in Italia, così come in altri paesi, bambini che presentano ADHD spesso non vengono diagnosticati correttamente³. Numerosi studi pubblicati hanno evidenziato tassi molto variabili di prevalenza per l'ADHD che vanno dallo 0,9% al 20%⁴⁻¹⁰.

Le più recenti valutazioni epidemiologiche (sviluppate attraverso disegni di ricerca razionali che prevedono somministrazioni di test) evidenziano in Italia un indice di prevalenza pari al 3%¹¹⁻¹³ mentre in Piemonte il numero di pazienti in carico con diagnosi di ADHD nel 2012 è stato pari allo 0,26% della popolazione 0-17 (Npinet 2012)¹⁴. Questo dato, che indica il numero dei minori che vengono diagnosticati dagli operatori all'interno dei casi inviati e seguiti dai Servizi, risulta ampiamente al di sotto rispetto a quanto atteso. Numerosi studi evidenziano come tale variabilità dipenda dalle diverse metodologie diagnostiche utilizzate dalla peculiarità nella selezione dei campioni e può riflettere differenze culturali^{15 16}.

Per tale valutazione però, non sono mai stati presi in considerazione gli operatori addetti alla diagnosi, la loro formazione o il loro aggiornamento scientifico.

Già dal 2002 la S.I.N.P.I.A. aveva individuato in tale disturbo un nuovo modello clinico che introduceva in modo scientifico il legame tra clinica e neuroscienze e definendo e pubblicando le linee guida sull'ADHD aveva contribuito all'avvio di una revisione dei presupposti interpretativi di alcune patologie psichiatriche e dello sviluppo (vedi anche autismo e disturbi di apprendimento).

Nello stesso periodo anche in Piemonte, su iniziativa di Dante Besana (che aveva contribuito alla definizione delle linee guida sull'ADHD), si era avviata tra gli operatori una riflessione/confronto, che voleva studiare ed applicare ciò che di nuovo ed innovativo dal punto di vista della clinica e dell'organizzazione dei servizi riguardava l'ADHD. Questo sino ad allora era stato considerato o un disordine emotivo interpretabile nell'area

dei disturbi della relazione, o una lesione cerebrale esistente ma non individuabile coi comuni esami strumentali (disturbo da lesione cerebrale minima). Alle due opposte teorie corrispondevano due scuole di pensiero. Il nuovo modello (di natura bio psicosociale) teneva invece al suo interno aspetti interpretativi che afferivano ad aree eterogenee quali comportamento, ambiente, genetica, neuroscienze, e psicofarmacologia.

Durante i corsi di formazione inter-professionale svolti da quegli anni in poi a livello regionale, si tendeva a sottolineare l'importanza del cambio di prospettiva grazie all'introduzione delle neuroscienze che contribuivano a rendere l'idea circa la complessità, la fragilità e l'importanza dello sviluppo del cervello, sulla falsa riga di quanto ad esempio aveva affermato Erich R. Kandel, che nelle sue ricerche sulle basi fisiologiche della conservazione della memoria nei neuroni affermava: "La maggior parte di noi accetta tranquillamente gli esiti delle ricerche scientifiche sperimentale quando valgono per altre parti del corpo: ad esempio siamo del tutto a nostro agio con il fatto che il cuore non è la sede delle emozioni ma un organo muscolare che pompa sangue attraverso il sistema circolatorio. Eppure l'idea che la mente e la spiritualità umane si originino in un organo fisico, il cervello per alcuni suona nuova ed allarmante. Costoro trovano difficile credere che il cervello sia un organo computazionale che elabora informazioni la cui meravigliosa potenza non deriva da un mistero, bensì dalla sua complessità: dall'enorme quantità, varietà ed interazione delle sue cellule nervose"¹⁷.

Tale corrispondenza e relazione, costringeva e costringe evidentemente gli operatori ad un cambio epocale, delle proprie prospettive e dei modelli precedentemente appresi e consolidati riguardanti appunto l'interpretazione della complessità dei fenomeni clinici in età evolutiva.

SCOPO

Questo studio, si pone l'obiettivo di verificare la sensibilità diagnostica nei confronti della patologia, nonché l'opinione soggettiva degli operatori, incaricati di effettuare la diagnosi nell'ASL di Novara e di valutare le procedure e il percorso diagnostico-terapeutico utilizzato da questi, nella presa in carico del soggetto con ADHD.

La situazione sul territorio

La struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL di Novara è costituita da quattro sedi: tre a carattere esclusivamente distrettuale ed una a ponte tra ospedale e territorio. In quest'ultima sede, sita presso l'ospedale di Borgomanero, vengono svolte sia attività territoriali nell'area della diagnosi della cura e della tutela; che attività ospedaliere. Qui è attivo il Centro di riferimento ADHD per il quadrante nord del Piemonte per le province di Novara, Vercelli, Biella e Verbanò-Cusio-Ossola. (D.G.R. n. 4-8716 del 5/5/08, D. D. N. 10 del 20/1/09 e nota Prot. 16348/D.M.I dell'ASL NO) Nel Centro di riferimento sono presenti: un neuropsichiatra infantile e due psicologhe volontarie che hanno una formazione specifica sul disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività, ottenuta anche attraverso un periodo formativo presso una struttura universitaria centro di riferimento a livello nazionale (*ADHD Master-School in clinical practice*).

I rappresentanti dei Centri di Riferimento del Piemonte si incontrano regolarmente per definire percorsi e prassi operative. Questo gruppo di lavoro, per giungere alla diagnosi o per avere una conferma diagnostica dei casi giunti dal territorio, ha pure definito uno protocollo diagnostico, che prevede accanto agli approfondimenti ritenuti opportuni sul caso, la somministrazione della batteria illustrata in Tabella I.

Nel 2013 complessivamente presso la NPI dell'ASL di Novara erano operativi 7 neuropsichiatri infantili e 14 psicologhe di età compresa tra i 36 e i 60 anni (media 52,5). Costoro svolgevano regolare attività nella diagnosi e cura delle patologie tipiche dei servizi territoriali di NPI.

Sulla base del questionario autosomministrato di cui si dirà, e dai dati curriculari è emerso che la formazione di base di questi operatori non comprendeva approfondimenti relativi alla neuropsicologia, alle neuroscienze, e agli approcci teorici di tipo cognitivo comportamentale, mentre la componente di tipo psicodinamico, era quella prevalente (20 su 21).

Negli ultimi due anni gli specialisti del Centro di Riferimento ADHD hanno tenuto agli operatori del territorio diversi corsi di formazione e d'aggiornamento specifici sul disturbo (2011: "ADHD: up to date", corso ECM e 2012 "ADHD criteri per una diagnosi" audit ECM rivolto agli operatori dell'ASL NO).

TAB. I. Protocollo diagnostico in uso presso i centri di riferimento della regione Piemonte.

Protocollo diagnostico ADHD
• Children's Global Assessment Scale (C GAS)
• Conner's Teacher, Parent e Adolescent Rating Scale Revised
• Clinical Global Impression Severity Scale (CGI S)
• Criteri del DSM V
• SNAP IV Rating Scale
• Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC
• Children Depression Inventory, CDI
• Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K SADS PL
• Tower of London (ToL)
• Test delle campanelle modificato
• Batteria Italiana per l'ADHD (BIA)
• Test di Corsi
• Leiter International Performance Scale Revised Leiter R

La provincia di Novara è costituita da una popolazione 0-17 di 58.288 unità (29.863 maschi, 28.425 femmine) pari a 15,9% della popolazione generale (B.D.D.E. 2011) ¹⁸.

Nel corso del 2013 la NPI dell'ASL di Novara ha aperto 1036 nuove cartelle pari all'1,77% della popolazione 0-17 (618 maschi, 418 femmine). Mentre i casi in carico sono stati 3185 pari al 5,4% della popolazione 0-17 (1968 M = 61,8% e 1217 F = 38,2%).

Su questa specifica popolazione sempre nel 2013 sono state formulate 948 diagnosi utilizzando il sistema di codificazione ICD10 ¹⁹.

Come è noto le Neuropsichiatrie Infantili del Piemonte utilizzano, sin dal 2001, il sistema di rilevazione epidemiologica Npinet meglio definito come "Rete di Assistenza Neuropsichiatrica per l'infanzia e l'adolescenza". Tale sistema informativo consente di illustrare le caratteristiche della popolazione che si rivolge ai servizi e le risposte offerte dagli operatori. Il sistema Npinet prevede la raccolta di dati sui pazienti (informazioni anagrafiche), sulle diagnosi attraverso il sistema di codificazione ICD10 e sulle relative prestazioni sanitarie ¹⁴. Nella Tabella II viene riportato il numero assoluto e la percentuale delle principali diagnosi effettuate nel 2013 presso la SC di NPI dell'ASL di Novara.

Successivamente all'istituzione del centro di riferimento regionale per l'ADHD di Borgomanero (2009) si è

assistito, ad un graduale incremento delle diagnosi di "sindrome ipercinetica" (F90 ICD10) ed una riduzione delle diagnosi "disturbi misti della condotta e della sfera emozionale" (F92 ICD10) casi che avevano come motivo di invio "disturbo del comportamento" (Fig. 1). Inoltre dal 2008 al 2013 presso la NPI dell'ASL di Novara si è assistito ad un progressivo incremento delle diagnosi "Disturbo dell'attività e dell'attenzione" F90.0 e ad una riduzione delle diagnosi "Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale (F92 ICD10); "Sindrome e disturbo della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia" (F93 ICD10) e della più sintetica "Sindrome ipercinetica" (F90). Nella Tabella III vengono riportati i dati assoluti e di prevalenza percentuale rispetto alla popolazione 0-17 delle diagnosi da F90 a F93 formulate negli anni 2008-2013 presso la SC di NPI dell'ASL di Novara. Nel 2013 sono stati diagnosticati 57 nuovi casi di ADHD (F90-F90.9 ICD10) e 16 nuovi casi di disturbo

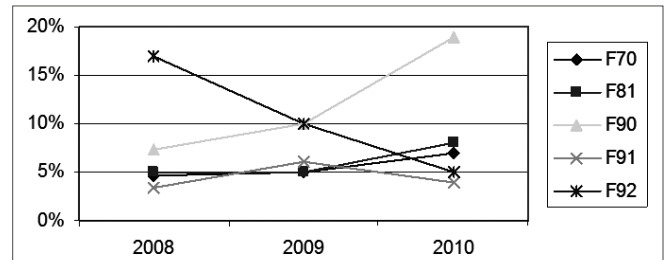


Fig. 1. Principali diagnosi per motivo di invio: disturbo del comportamento.

della condotta (F91-F91.9) pari a circa 0,02% della popolazione 0-17 mentre erano in carico 163 pazienti pari allo 0,23% della popolazione 0-17 ampiamente al di sotto dell'atteso cioè tra 1100 e 2700 pazienti.

MATERIALE E METODI

Al fine di poter valutare la sensibilità diagnostica da parte degli operatori specialistici del territorio, abbiamo avviato questo studio finalizzato a comprendere il pensiero soggettivo in relazione a tale patologia e conseguenti punti di forza e punti di debolezza, nonché le modalità operative utilizzate per pervenire ad un corretto inquadramento diagnostico.

Abbiamo fatto precedere all'ultimo aggiornamento scientifico sul disturbo, un'intervista individuale agli operatori del servizio (psicologi e neuropsichiatri infantili). Ciò al fine di consentire opportune riflessioni teoriche e sul modus operandi degli stessi ed avere informazioni utili a progettare successivi eventi formativi. I dati raccolti, sono stati poi oggetto di dibattito nel corso dell'evento.

L'intervista, preceduta da una raccolta anagrafica/curricolare, sulla formazione di base e sugli anni di

TAB. II. Principali diagnosi formulate nel 2013 presso la NPI dell'ASL di Novara.

N. assoluto e percentuale	Diagnosi Codice ICD10
485 (51,16%)	DSA F81.0-F82
30 (3,16%)	Ritardo mentale F70-F79
102 (10,76%)	Capacità cognitiva limite (QI da 70 a 84) R41.8
65 (6,86%)	Disturbi del linguaggio F80-F80.9
57 (6,01%)	S. ipercinetiche: F90 - F90.9
8 (0,84%)	D. della sfera emozionale con esordio caratteristico nella prima infanzia F93
7 (0,74%)	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale F92
38 (4,01%)	Emicrania e cefalea G43-G44
9 (0,95%)	Epilessia G40-G40.9
131 (13,81%)	Altre diagnosi

TAB. III. Diagnosi da F90 a F93 (ICD10) formulate dal 2008 al 2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
F90	10 (0,017%)	8 (0,013%)	8 (0,013%)	3 (0,005%)	5 (0,008%)	4 (0,006%)
F90.0	6 (0,010%)	23 (0,039%)	42 (0,072%)	33 (0,056%)	39 (0,066%)	45 (0,077%)
F90.1	4 (0,006%)	3 (0,005%)	5 (0,008%)	7 (0,012%)	12 (0,020%)	8 (0,013%)
F92	13 (0,022%)	19 (0,032%)	21 (0,036%)	21 (0,036%)	10 (0,017%)	7 (0,012%)
F93	61 (0,104%)	56 (0,096%)	56 (0,096%)	27 (0,046%)	11 (0,018%)	9 (0,015%)

anzianità di servizio, utilizzava come traccia un breve questionario da noi predisposto e suddiviso in due parti, le domande erano aperte con la possibilità di commentare liberamente i quesiti proposti.

La prima parte esplorava il pensiero soggettivo del singolo operatore sull'identità attribuibile all'adhd e sull'aggiornamento scientifico acquisito negli ultimi cinque anni, prevedeva le seguenti domande:

- Secondo lei il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) ha una sua identità diagnostica?
- Se sì, considera il disturbo a genesi: prevalentemente neurobiologica, prevalentemente psicorelazionale, o prevalentemente educativa?
- In caso di sospetto ADHD ha richiesto la consulenza di specialisti del settore per giungere ad una più puntuale definizione diagnostica negli ultimi 5 anni?
- Ha seguito corsi di formazione sull'argomento negli ultimi cinque anni?
- Ha seguito convegni sull'argomento negli ultimi cinque anni?

La seconda parte del questionario riguardava il percorso ritenuto più opportuno per giungere all'inquadramento diagnostico. Per fare questo sono stati presi in considerazione, a campione, alcuni casi in carico a ciascun operatore per un totale di 88 pazienti. Questi, giunti alla consultazione con motivo di invio "disturbo del comportamento" erano stati poi diagnosticati con i seguenti codici ICD10:

- F92 "disturbi misti della condotta e della sfera emozionale";
- F93 "sindrome e disturbo della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia";
- F70 "ritardo mentale lieve".

La scelta di utilizzare questi codici diagnostici è stata da noi operata in maniera artificiosa, partendo dal presupposto che queste siano diagnosi meno specifiche, solitamente di più semplice formulazione, spesso in comorbidità e affini al Disturbo dell'Attenzione con Iperattività, a fronte di un invio per disturbo del comportamento. Ciò nell'ipotesi che operatori, con una formazione meno specifica nell'area neuropsicologica, fossero più facilmente orientati a formulare siffatte diagnosi ed inoltre per comprendere il percorso diagnostico effettuato in presenza di un sospetto disturbo comportamentale.

In questa sezione sono state proposte le seguenti domande aperte.

In riferimento al caso XX:

- *Quale percorso diagnostico ha ritenuto opportuno seguire?*
- *Quali test e strumenti diagnostici ha effettuato: (specificare)?*
- *Quante sedute sono state necessarie per effettuare la diagnosi?*

Gli operatori dell'ASL di Novara che hanno partecipato alle interviste sono stati 17 su un totale di 21: 12 psicologi e 5 neuropsichiatri infantili, professionisti di lunga esperienza nelle attività cliniche in età evolutiva.

RISULTATI

Alla domanda "Secondo lei il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività ha una sua identità diagnostica?": 12 operatori su 17 rispondevano positivamente; mentre 5 operatori non ritenevano di attribuire al disturbo un'autonoma identità nosografica.

A coloro che avevano risposto positivamente alla prima domanda veniva richiesto di definire, a loro giudizio, la genesi del disturbo: "Se sì, considera il disturbo a genesi: prevalentemente neurobiologica, prevalentemente psicorelazionale, o prevalentemente educativa": 7 operatori su 12 riconoscevano la patologia come a genesi prevalentemente neurobiologica, anche se associata a problematiche educative e relazionali. Mentre 4 operatori consideravano la patologia come a natura prevalentemente psicologico-relazionale e 1 operatore la considerava dovuta ad un inadeguato supporto educativo.

"In caso di sospetto ADHD si è avvalso della consulenza di specialisti del settore per giungere ad una più puntuale definizione diagnostica negli ultimi 5 anni?".

Il 53% degli operatori (9 su 17) ha effettuato la diagnosi autonomamente. Mentre nel 47% (8 su 17) dei casi gli operatori territoriali hanno ritenuto opportuno inviare i casi al centro di riferimento, non solo per una conferma diagnostica (come previsto dalla normativa nazionale e regionale) ma soprattutto per effettuare gli specifici approfondimenti testistici.

"Ha seguito convegni negli ultimi 5 anni", 11 operatori su 17 hanno risposto positivamente.

"Ha seguito corsi specifici negli ultimi 5 anni", 6

operatori su 17 hanno affermato di aver partecipato a specifici corsi sul disturbo.

Commenti all'intervista

Riportiamo alcuni stralci delle interviste effettuate agli operatori deputati alla diagnosi che riflettono il pensiero individuale su tale patologia.

Uno psicologo afferma "la situazione che vive il ragazzo porta a sviluppare i sintomi dell'iperattività, ma sono sintomi non un disturbo neurobiologico a sé".

Un altro sottolinea "La famiglia e le dinamiche di essa influenzano i comportamenti, che sfoceranno in un disturbo oppositivo-provocatorio, non nell'ADHD".

Un neuropsichiatra infantile sostiene che "gli interventi psicoeducativi sono la soluzione all'iperattività e alla disattenzione perché è in quell'area che deve essere ricercata la causa".

Altri operatori identificano genericamente l'ADHD in – un'associazione a categorie diagnostiche particolari: come i disturbi di personalità oppure disturbi emotivo-relazionali –. "Puro non esiste, ritengo siano più fattori insieme..., più situazioni, legate anche alle condizioni ambientali... e familiari... portano a sviluppare i sintomi dell'iperattività"... "l'ADHD è un insieme di sintomi all'interno di etichette diagnostiche specifiche".

Alcuni colleghi stentano a riconoscere l'effettiva esistenza del disturbo, attribuendo ciò essenzialmente alla loro formazione specialistica specifica: "il mio orientamento, psico-analitico, non mi permette di riconoscere nell'ADHD una malattia organica" ... "dalla mia esperienza il disturbo puro non esiste".

Infine, la posizione di altri è più di curiosità e volta ad approfondire la tematica per meglio affrontare i casi clinici che gli si presentano "sto cercando di capire...", "non ho le idee chiare...", "il disturbo mi sembra nasca da un concatenarsi di circostanze, ma sto cercando di chiarire come affrontare le diagnosi se non penso alle influenze dell'ambiente, del livello sociale e della situazione familiare".

Il percorso diagnostico effettuato

Nella seconda parte dell'intervista si è indagato sul percorso diagnostico utilizzato per pervenire ad una diagnosi di ADHD. Nella Figura 2 vengono riassunte percentualmente le valutazioni effettuate:

In generale non viene utilizzata una procedura univoca, gli operatori scelgono di servirsi, per le singole valutazioni di differenti test, esami o interviste in base alla situazione contingente.

Il 100% degli operatori effettua colloqui coi genitori dei pazienti in carico. Ma solo nell'8% dei casi sono

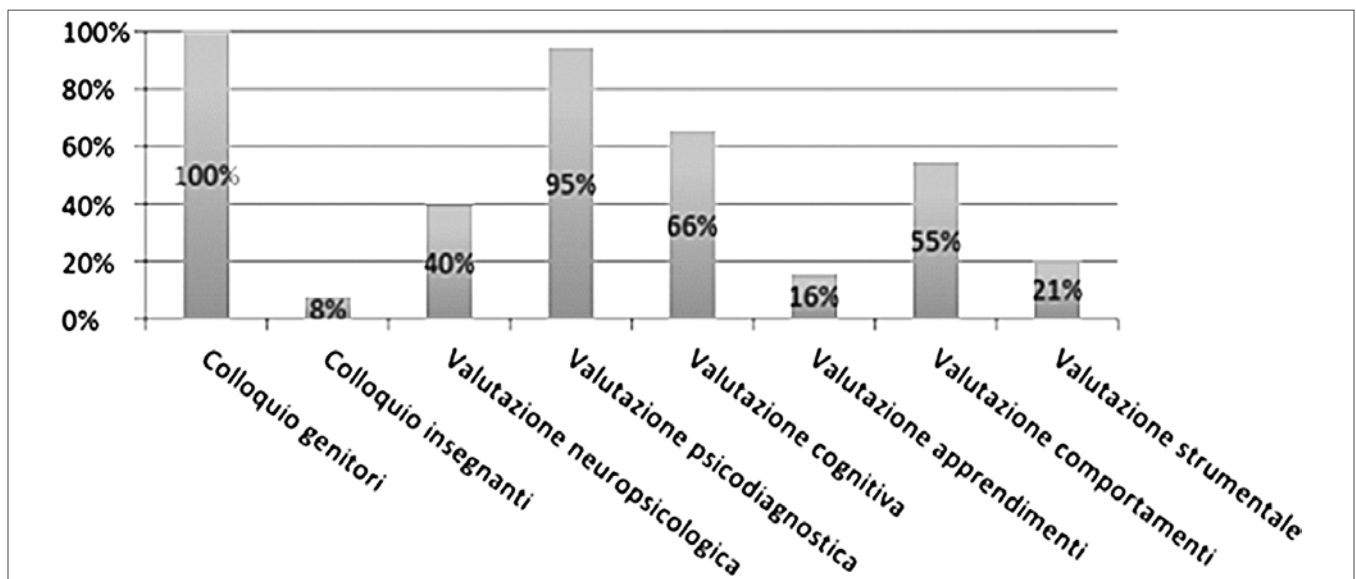


Fig. 2. Percentuale delle valutazioni effettuate all'interno del percorso diagnostico.

stati incontrati o contattati preliminarmente gli insegnanti del giovane paziente sottoposto ad inquadramento diagnostico.

La maggior parte degli operatori intervistati ritiene opportuno procedere, in prima istanza, anche in caso di sospetto ADHD, ad effettuare una valutazione psicodiagnostica (95% dei casi). Gli strumenti valutativi utilizzati in questi casi sono: 33% colloquio psicodiagnostico, 29% disegni liberi e strutturati, 13% favole di Duss, 10% test di Rorschach, 8% K-SADS, 5% test di Blacky, ed infine 2% il TAT.

Meno della metà di casi (40%) ha ricevuto una valutazione neuropsicologica.

Dei pazienti che hanno ricevuto una valutazione neuropsicologica (35 casi su 88) sono stati somministrati i seguenti test: 58% test delle Campanelle, 40% *Continuous Performing Test* ed infine il 2% le MFFT (*Matching Familiar Figure Test*).

Solamente il 66% dei pazienti oggetto dell'intervista (58 pazienti di 88) hanno ottenuto una valutazione cognitiva.

Inoltre, soltanto, il 16% dei pazienti (14 su 88) ha ottenuto una valutazione degli apprendimenti attraverso la somministrazione dei seguenti test: 46% MT di Cornoldi, 38% Test di valutazione della dislessia, all'8% Test di valutazione della Disortografia ed infine all'8% i Test di valutazione della Discalculia.

Il 55% dei pazienti (48 di 88) hanno ottenuto una valutazione dei comportamenti utilizzando i seguenti test: 75% *Conner's Scale*, 17% le Scale di Valutazione dei Comportamenti di Disattenzione Iperattività per Insegnati e Genitori (SDAI e SDAG), 7% le *Child Behavior Checklist* (CBCL) ed infine l'1% è stato sottoposto ad una valutazione attraverso le *CGI Clinical Global Impression*.

Ne consegue che il 45% non ha beneficiato di una valutazione specifica dei comportamenti, che consentisse una possibile esclusione della diagnosi di ADHD.

Infine il 21% dei pazienti osservati (18 pazienti di 88) è stato sottoposto ad approfondimenti neuroradiologici e strumentali: il 59% di questi ha eseguito un EEG, il 37% una RMN encefalo ed il 4% una TC cerebrale. La media per pervenire alla diagnosi è stata di 5 sedute. È evidente che a fronte di una risorsa tempo così bassa ogni operatore si muove selezionando gli

interventi che ritiene prioritari non orientando l'intervento alla precisione diagnostica quanto piuttosto ad un'indagine a tutto campo che prevede la valutazione degli aspetti emotivi e relazionali e più in generale degli elementi di "benessere-malessere".

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai dati raccolti non è possibile pervenire a conclusioni obiettive e definitive ma riportare "il polso" di un gruppo di operatori della Neuropsichiatria Infantile deputati alla diagnosi di ADHD nella provincia di Novara. Le interviste effettuate tuttavia consentono di identificare per sommi capi la "sensibilità diagnostica" intorno al disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività.

Identità diagnostica dell'ADHD

Alla luce delle interviste appare interessante rilevare che il 70,5% (12 su 17) degli operatori, considera l'ADHD come un'entità diagnostica specifica, mentre il 29,4% (5 su 17), non lo valuta con una propria identità nosografica, come associato dalle classificazioni diagnostiche internazionali.

Tra coloro che gli attribuiscono una specifica identità solo il 58,3% (7 su 12) ne riconosce la genesi neurobiologica, associata a difficoltà educative e relazionali, mentre il 33,3% (4 su 12) la considerano a natura psicologico-relazionale e l'8,3% (1 operatore su 12) la considera dovuta ad un inadeguato supporto educativo familiare.

Ne consegue che accanto al 30% degli operatori che non considerano l'ADHD con un'identità diagnostica a se stante, ci sia un altro 30% degli operatori, che pur attribuendole un'identità ritengono che l'eziologia del disturbo non sia di origine prevalentemente neurobiologica, mentre il 40% degli operatori ha una percezione della genesi dell'ADHD in linea con la bibliografia scientifica internazionale.

Ciò, nonostante la maggior parte abbia affermato di aver partecipato a corsi di formazione, tra cui audit interni effettuati dagli operatori del Centro di Riferimento ADHD. Il 63% degli operatori infatti ha partecipato ad almeno un convegno sull'argomento negli ultimi 5 anni, e il 36% ha partecipato a convegni e/o a corsi specifici sull'ADHD.

Solamente l'1% non avrebbe partecipato ad aggiornamenti, sul tema, negli ultimi 5 anni.

Naturalmente non è possibile formulare un'interpretazione univoca rispetto ai dati riportati. Destano interesse alcuni elementi: gli operatori del Servizio NPI dell'ASL di Novara hanno una formazione di base prevalente di tipo psicodinamico ed un'età media di circa 52 anni. Questi elementi anche alla luce delle modificazioni culturali/scientifiche, degli ultimi decenni rispetto alle neuroscienze, di cui si è detto in premessa, potrebbero tuttavia avere un loro peso. Una discreta percentuale di operatori ritiene infatti che i sintomi di iperattività e disattenzione presentati dai pazienti giunti alla loro osservazione, siano secondari a patologie della sfera emozionale, o a problematiche sociali e per questo ritengono opportuno effettuare prioritariamente approfondimenti in tale sfera piuttosto che nell'area neuropsicologica.

È emerso poi che il 53% degli operatori ha effettuato valutazioni in autonomia, senza richiedere il confronto specialistico in un contesto di supervisione, favorendo così la possibilità di giungere a diagnosi più generiche e meno definite. Meno della metà degli intervistati 47%, in caso di sospetto diagnostico, ha richiesto una consulenza agli operatori del centro di riferimento.

Emerge inoltre, come tutt'ora vengano privilegiate, accanto al colloquio anamnestico, valutazioni psicodiagnostiche e cognitive, a discapito di osservazioni nelle aree comportamentali, neuropsicologiche e degli apprendimenti.

I dati epidemiologici di servizio evidenziano comunque che, nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un incremento delle diagnosi Disturbo dell'attenzione e dell'attività (F90.0) a scapito della più generica "sindrome ipercinetica" (F90) e contestualmente si è assistito ad una riduzione delle diagnosi "disturbo misto della condotta e della sfera emozionale" (F92); e "sindrome e disturbo della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia" (F93).

Questo starebbe ad indicare, una maggiore "attenzione" al problema da parte degli operatori del territorio e dell'interesse degli stessi a tenere presente la possibilità di formulare una diagnosi di tipo neurobiologico.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Alessandro Mariani per le preziose riflessioni operative.

Bibliografia

- Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. *Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation*. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:19649-54.
- De la Barra FE, Vincente B, Saldivia S, et al. *Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents*. Atten Defic Hyperact Disord 2012;5:1-8.
- Sayal K, Hornsey H, Warren S, et al. *Identification of children at risk of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a school-based intervention*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41:806-13.
- Bener A, Qahtani RA, Abdelaal I. *The prevalence of ADHD among primary school children in an arabian society*. J Atten Disord 2006;10:77-82.
- Cardo E, Servera M, Llobera-Canaves J. *Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca*. Rev Neurol 2007;44:716-22.
- Cornejo JW, Osio O, Sánchez Y, et al. *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in colombian children and teenagers*. Rev Neurol 2005;40:716-22.
- Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes A, et al. *The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly african-brazilian rural community*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:11-7.
- Harzke AJ, Baillargeon G, Henry J, et al. *Prevalence of Psychiatric disorder in Texas juvenile correctional system*. J Correct Health Care 2012;18:143-57.
- Montiel C, Pen J A, Montiel-Barbero I, et al. *Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of venezuelan children*. Child Psych Hum Develop 2008;39:311-22.
- Wolraich ML, Mckeown RE, Visser SN, et al. *The prevalence of ADHD: Its diagnosis and treatment in four school districts across two states*. J Atten Disord 2012;21:3-13.
- Bianchini R, Postorino V, Grasso R, et al. *Prevalence of ADHD in a sample of italian students: a population-based study*. Res Develop Disabil 2013;34:2543-50.
- Maschietto D, Baioni E, Vio C, et al. *Prevalenza dell'ADHD in una popolazione pediatrica e sua esposizione al trattamento psico-comportamentale e farmacologico*. Medico e Bambino pagine elettroniche 2012.

- ¹³ Dell'Agnello G, Curatolo P, Masi G, et al. *Disturbo da deficit di attenzione e iperattività: epidemiologia*. Giorn Neuropsich Età Evol 2007;27(Suppl 1):3-16.
- ¹⁴ Report Npinet: http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2_documentazione/category/29-report-della-rete-di-neuropsichiatria-infantile.
- ¹⁵ Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. *Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide*. Eur J Pediatr 2007;166,117-23.
- ¹⁶ Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis*. Am J Psychiatry 2007;164:942-8.
- ¹⁷ Kandel ER. *In search of memory - The emergence of a new science of mind*. New York: WW Norton & Company 2007.
- ¹⁸ Banca Dati Demografica Evolutiva (B.D.D.E.) Regione Piemonte <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- ¹⁹ American Psychiatric World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th revision*. Geneva: World Health Organisation 1992.

CORRISPONDENZA

Fulvio Guccione, SC di NPI, viale Zoppis 6, 28021 Borgomanero (NO) - Tel. +39 0322 848375 - E-mail fulvioguccione@gmail.com