



WP10: ADHD E COMORBILITA' ASD

Dott. Massimo Molteni

Dott.ssa Sara Trabattoni

Istituto Scientifico Eugenio Medea IRCCS – Bosisio Parini (LC)

WP 10: ADHD E COMORBILITA' ASD

Ottobre 2017: conclusioni

Sostanziale uniformità tra centri sulle procedure diagnostiche effettuate in caso di sospetto autismo (colloquio clinico, osservazione, anamnesi accurata, valutazione cognitiva ed adattiva, ADOS, ADI)

- Possibile condividere l'introduzione di uno strumento di screening veloce (es. SRS) da utilizzare alla prima valutazione o anche eventualmente nei successivi follow up?
- Auspicabile che Centri per Autismo pongano attenzione a sintomi ADHD per intercettare una possibile codiagnosi

Prima valutazione:
a TUTTI
i bambini che afferiscono al
centro ADHD (unitamente
alle altre valutazioni previste
dal protocollo diagnostico
per l'ADHD)

SRS

Nei FOLLOW UP se:

1. difficoltà severe di adattamento
al contesto nonostante
l'introduzione di interventi
terapeutici, soprattutto se
farmacologici → CGI peggiorata
2. permanenza di significative
difficoltà relazionali o
evidenziazione di interessi
ristretti, rigidità, peculiarità di
funzionamento

SE SRS POSITIVO



Il medico del centro ADHD provvede a garantire **l'ulteriore approfondimento diagnostico per sospetto disturbo dello spettro dell'autismo** con le modalità previste dal centro stesso (proseguimento su percorso specifico con équipe dedicate o invio in centri per la diagnosi di autismo di secondo livello).



Ingressi diagnostici ADHD: studio della comorbilità con autismo

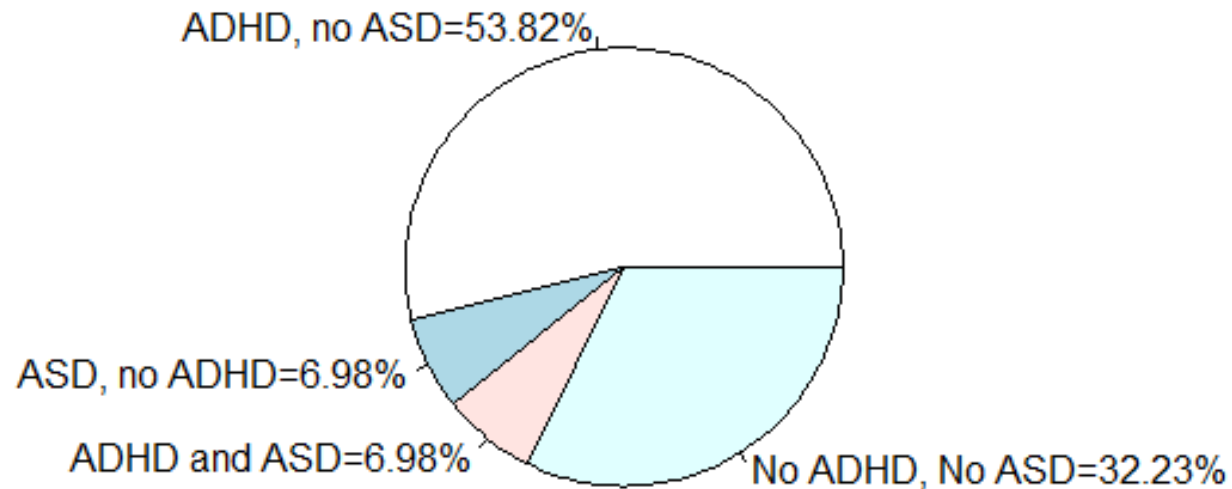
Centro ADHD e Laboratorio di Psicopatologia dello
Sviluppo

Silvia Grazioli

Descrizione del campione raccolto da ottobre 2017 (bambini valutati con sospetto diagnostico di adhd o disturbo emotivo)

301 SRS compilate

Diagnoses (full sample)



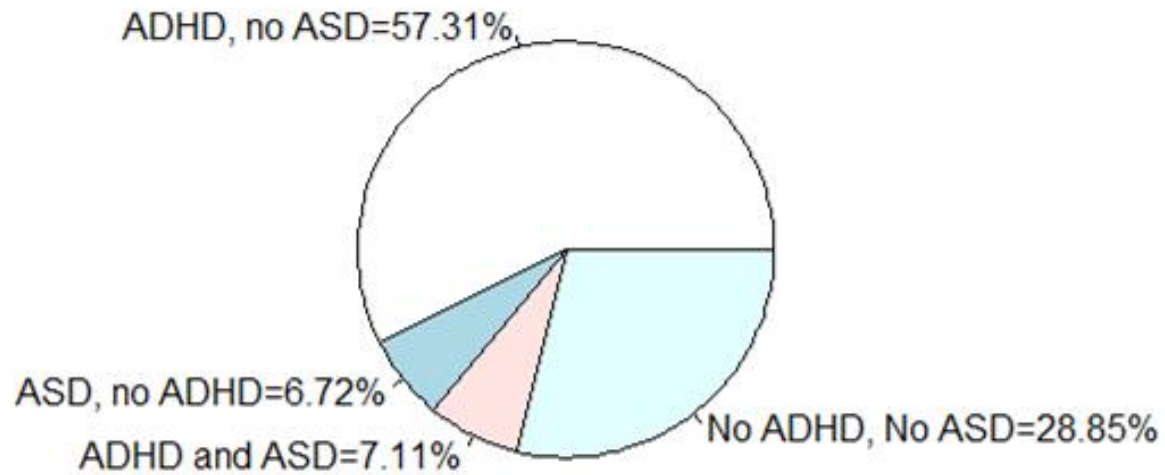
Il grafico a torta comprende i **301 soggetti** dei quali è disponibile la SRS.

Le **diagnosi** qui considerate sono quelle finali, emesse dal **clinico** e codificate secondo DSM 5 o ICD 10 (escluse quindi le condizioni rilevate e descritte ma senza codifica diagnostica precisa)

Rapporto maschi:femmine nel campione = 5:1

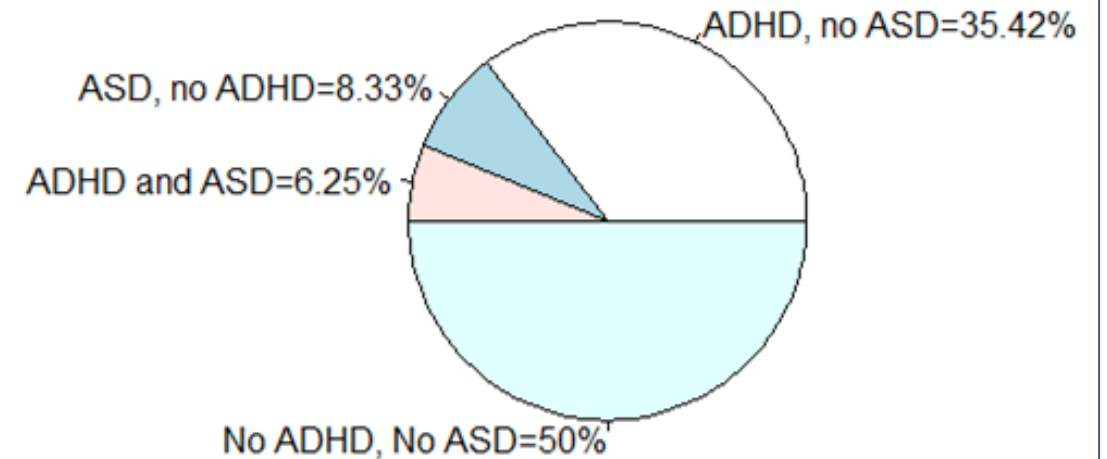
253 maschi

Diagnoses (males)



48 femmine

Diagnoses (females)

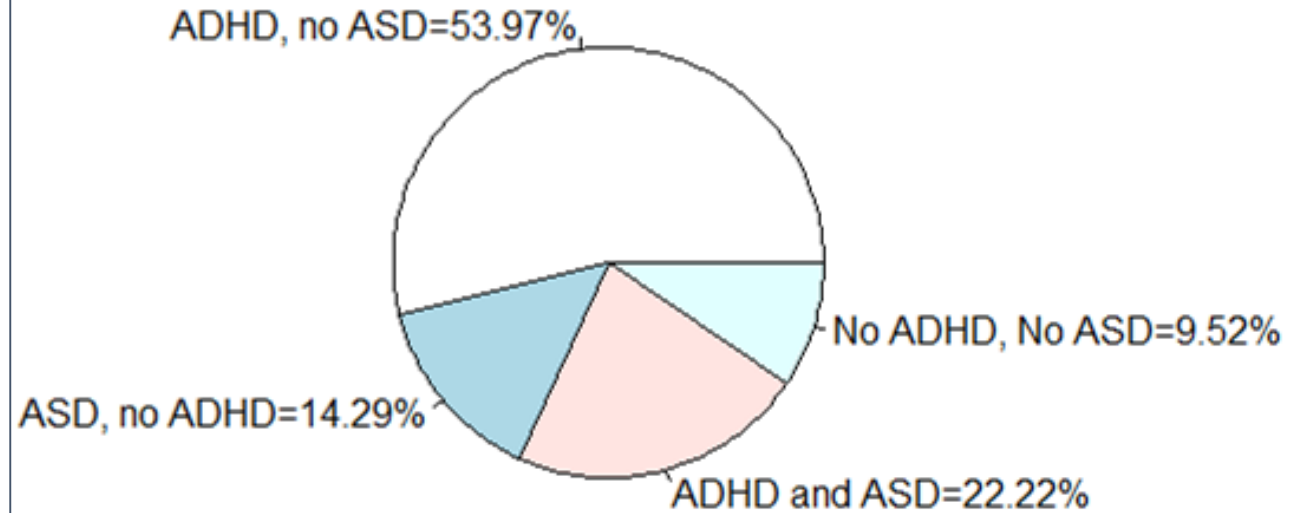


Soggetti con SRS >74
(compromissione
grave): 63 bambini su
301

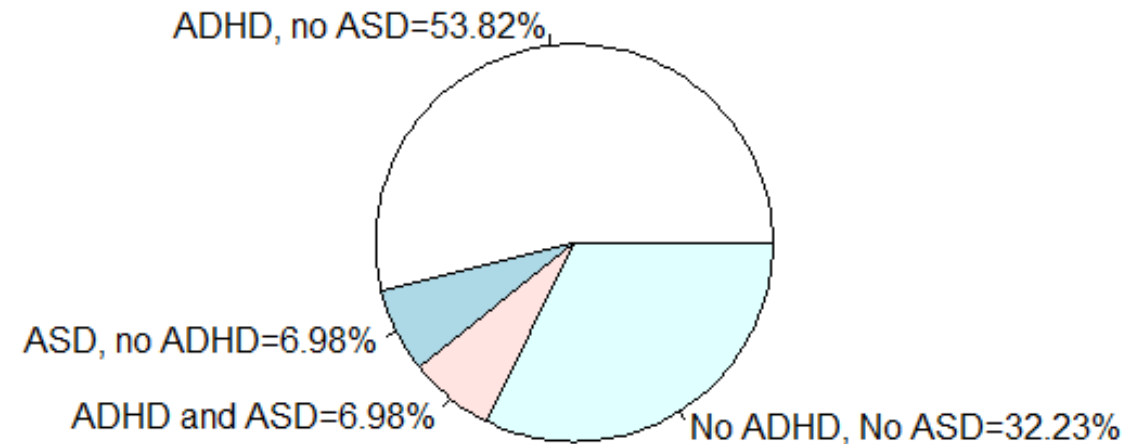
Fra i soggetti con **SRS più elevato (> 74)**,
**quindi con compromissione
dell'interazione sociale reciproca grave**,
rimane la **stessa proporzione di ADHD
senza autismo** rispetto al campione
totale;

aumentano però le diagnosi finali di
autismo (sia in assenza sia in presenza di
ADHD in comorbilità).

Diagnoses (SRS positiva)



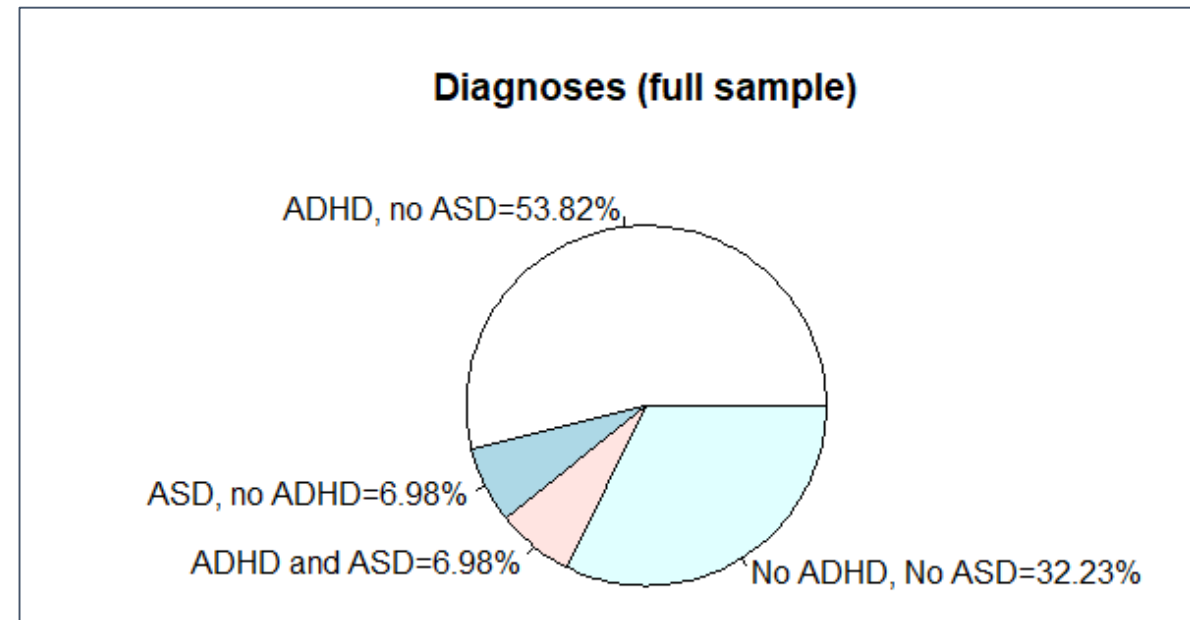
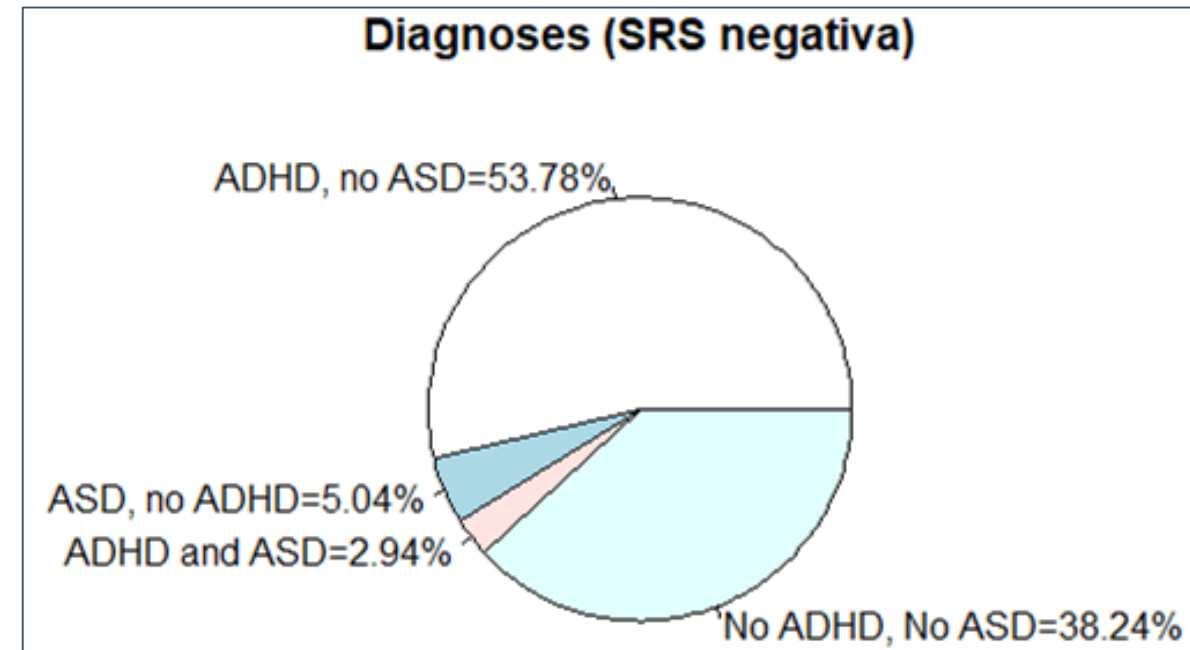
Diagnoses (full sample)



Soggetti con SRS <75 (no compromissione o compromissione lieve-moderata): 238 bambini su 301

Fra i soggetti con **SRS <75**, **corrispondente ad una compromissione lieve-moderata o assente dell'interazione sociale reciproca**, le diagnosi di autismo sono minori rispetto al campione totale;

La quantità di diagnosi di **ADHD senza autismo** rimane invariata rispetto al campione totale ma aumentano le altre diagnosi (no ADHD e no autismo).



Campione con SRS < 75

- Per una quota di bambini con SRS debolmente positiva, in assenza di sintomi conclamati riferibili a possibile disturbo dello spettro autistico, ma con sintomatologia adhd intensa, si è preferito iniziare a trattarli per ADHD e monitorare le competenze relazionali e sociali in follow up. Questi bambini sono stati considerati nella raccolta dei dati come NON Autistici (ma questo numero nel tempo potrebbe variare)
- Vanno analizzate nel campione anche altre variabili (es. QI) che possono influenzare la SRS
- Interessante valutare nel tempo anche i profili con i punteggi delle singole scale (consapevolezza sociale, cognizione sociale, comunicazione sociale, motivazione sociale e manierismi autistici) della SRS correlandole con le diagnosi finali