

# L'andamento dei Follow up nell'ambito del Progetto Regionale ADHD



22 settembre 2021  
ore 11.00-13.00

IRCCS  
Istituto di Ricerche  
Farmacologiche Mario Negri  
Via G. La Masa 19 - 20156  
Milano

*UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*  
*Stefano Conte - Neuropsichiatra infantile*  
*Valeria Renzetti - Psicologa*

## Argomenti Trattati:

- L'esperienza di Bergamo: una riflessione sui dati
- le nostre criticità





## Dove eravamo rimasti...

Nel 2018 grazie ad un confronto tra i centri emergeva quanto segue:

### Sulla terapia farmacologica

- Sembra esserci una discreta concordanza tra i vari centri rispetto al monitoraggio del metilfenidato.
- Mentre sembra esserci una certa disomogeneità tra i centri:
  - nel numero di controlli quando vi sono delle comorbidità
  - nella frequenza con cui vengono gestiti i controlli ematochimici e elettrocardiografici dopo il pre-test (valutazione dei costi, ricerche scientifiche)
- La scelta degli altri farmaci appare ragionevolmente uniforme coinvolgendo soprattutto la gestione del litio e del risperidone

## Sulla terapia non farmacologica



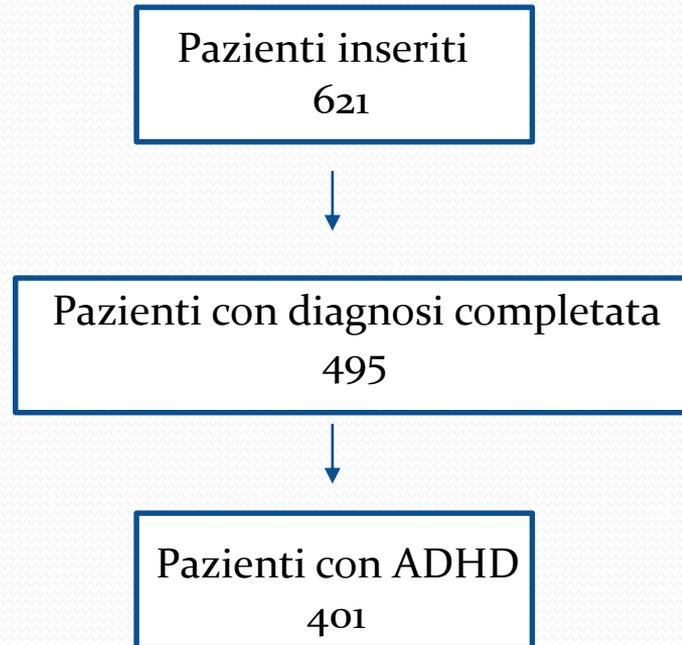
- I dati appaiono più disomogenei tra i vari centri
- Il 73% dei centri dichiara di non effettuare il follow-up come stabilito (3-6-12 mesi)
- Il follow-up sembra essere valutato sulla base del CGI e delle comorbidità
- C'è una certa uniformità all'interno della comorbidità
- L'80% delle comorbidità riguarda il Dop e il Dc
- Il 60% riguarda il disturbo dello spettro autistico, il disturbo bipolare e il disturbo dell'umore
- ***Il follow-up di pazienti non farmacologici rimane un dato esiguo***



- C'è concordanza nell'utilizzo delle scale di valutazione per il monitoraggio clinico
- 10 centri affermano di effettuare rivalutazioni neuropsicologiche per l'ADHD ma non vi è omogeneità nelle tempistiche
- Vi è una certa uniformità nel mantenere nel registro anche i pazienti con una comorbidità psichiatrica, valutando le stesse con le Scale Conners, le interviste e l'osservazione clinica

# L'esperienza di Bergamo: una riflessione sui dati

*Diagramma di flusso di  
selezione della popolazione*



Dei 401, 95 sono stati dimessi per diversi motivi (raggiungimento della maggiore età, scarsa compliance, trasferimento..)

***Registro ADHD Regione Lombardia – Centro di Bergamo***  
*(aggiornamento dati al 01/09/2021)*

## **Registro ADHD Regione Lombardia – Centro di Bergamo** (aggiornamento dati al 01/09/2021)

*Distribuzione dei pazienti con diagnosi di ADHD per sottotipo di ADHD e punteggio CGIS alla diagnosi*

Sottotipo	Punteggio CGIS alla diagnosi			% gravi
	Grave (CGI-S 5-7)	Non grave (CGI-S 1-4)	Totale	
<b>C</b>	87	137	224	38.8
<b>H</b>	4	11	15	26.7
<b>I</b>	27	126	153	17.6
<b>Totale</b>	118	274	392	30.1

9 pazienti senza valutazione CGIS alla diagnosi  
(che andremo a verificare)

## *Nuovi accessi con ADHD con valutazione CGII per periodo di osservazione*

Periodo di osservazione	Giorni dalla diagnosi	Almeno una visita	Almeno una visita con punteggio CGII
12 mesi	da 360 a 539	153 (38.2)	152 (37.9)
18 mesi	da 540 a 719	127 (31.7)	127 (31.7)
24 mesi	da 720 a 899	104 (25.9)	104 (25.9)
Oltre 1 anno	da 366 in poi	233 (58.1)	233 (58.1)
Oltre 2 anni	da 731 in poi	175 (43.6)	175 (43.6)

- Ci accorgiamo della difficoltà del nostro centro a mantenere le scadenze come da protocollo (migliorato dal 2018 che era il 9%, ma comunque ancora meno della metà)  
Ad esempio su 401 pazienti ADHD a 12 mesi solo 153 hanno effettuato un follow-up (circa il 38.2%)
- Vi è tuttavia un incremento delle visite successive dopo l'anno e dopo i due anni
- In parte spiegabile in termine di rivalutazione in caso di comorbidità (es. disturbo specifico di apprendimento) CRITICITÀ
- È rispettato il monitoraggio clinico con il CGII

***Nuovi accessi con ADHD con valutazione CGII a un anno dalla diagnosi (360-539 giorni) per periodo della diagnosi***

Visita a 12 mesi (360-539 giorni)	Diagnosi fino al 2019	Diagnosi dal 2020	Totale	p
Si	151 (41.4)	1 (2.8)	152 (37.9)	<0.0001 *
No	214 (58.6)	35 (97.2)	249 (62.1)	
Totale	365	36	401	

Il COVID-19 ha avuto un effetto DRASTICO sul numero di follow-up

## Distribuzione del punteggio CGII, per periodo del follow-up e sottotipo di ADHD

Periodo di osservazione	Giorni dalla diagnosi	Sottotipo <sup>1</sup>	Punteggio CGII		Totale	% migliorati	p
			CGII 1-3	CGII 4-7			
12 mesi	da 360 a 539	C	55	35	90	61.1	0.3332
		H	4	4	8	50.0	0.7215
		I	29	25	54	53.7	0.4372
		Totale	88	64	152	57.9	
18 mesi	da 540 a 719	C	45	35	80	56.3	0.9187
		H	2	1	3	66.7	1.0000
		I	24	20	44	54.5	0.8222
		Totale	71	56	127	55.9	
24 mesi	da 720 a 899	C	37	28	65	56.9	0.1294
		H	4	3	7	57.1	1.0000
		I	24	8	32	75.0	0.0792
		Totale	65	39	104	62.5	
> 1 anno	> 365	C	73	64	137	53.3	0.9808
		H	5	4	9	55.6	1.0000
		I	46	41	87	52.9	0.9350
		Totale	124	109	233	53.2	
> 2 anno	> 730	C	61	46	107	57.0	0.5332
		H	5	3	8	62.5	1.0000
		I	37	23	60	61.7	0.5854
		Totale	103	72	175	58.9	

p: test chi-quadrato

C: combinato; H: iperattivo; I: inattentivo.

Residui standard calcolati sotto l'ipotesi nulla di indipendenza tra sottotipo e miglioramento. Hanno distribuzione normale standard e sono significativi se minori di -1,96 o maggiore di 1,96.

Se il p-value è maggiore o uguale a 0,05 allora la categoria non ha un valore significativamente diverso dal valore totale.

Se il p-value è minore di 0,05 e il residuo standard è positivo allora la categoria ha un valore significativamente maggiore rispetto al valore totale.

Se il p-value è minore di 0,05 e il residuo standard è negativo allora la categoria ha un valore significativamente minore rispetto al valore totale.

- 
- Non emergono significatività statistiche rispetto al CGI-I se si fa riferimento ai sottotipi diagnostici

## Distribuzione del punteggio CGII, per tipo di terapia effettuata

Periodo di osservazione	Giorni dalla diagnosi	Terapia effettuata <sup>1</sup>	Punteggio CGII		Totale	% migliorati (CGII<4)	P	
			CGII 1-3	CGII 4-7				
12 mesi	360 - 539	Entrambe	40	5	45	88.9	<0,0001	✓
		Farmacologica	-	-	-	-		
		Nessuna	-	1	1	-	0,4211	
		Psicologica	48	58	106	45.3	<0,0001	✓
		Totale	88	64	152	57.9		
18 mesi	540 - 719	Entrambe	35	11	46	76.1	0,0006	✓
		Farmacologica	-	-	-	-		
		Nessuna	-	2	2	-	0,1925	
		Psicologica	36	43	79	45.6	0,0026	✓
		Totale	71	56	127	55.9		
24 mesi	720 - 899	Entrambe	30	9	39	76.9	0,0186	✓
		Farmacologica	-	-	-	-		
		Nessuna	-	-	-	-	-	
		Psicologica	35	30	65	53.8	0,0186	✓
		Totale	65	39	104	62.5		
>1 anno	>365	Entrambe	41	7	48	85.4	<0,0001	✓
		Farmacologica	-	-	-	-		
		Nessuna	1	4	5	20.0	0,1883	
		Psicologica	82	98	180	45.6	0,0001	✓
		Totale	124	109	233	53.2		
>2 anni	>730	Entrambe	33	10	43	76.7	0,0061	✓
		Farmacologica	-	-	-	-		
		Nessuna	1	1	2	50.0	1.0000	
		Psicologica	69	61	130	53.1	0,0083	✓
		Totale	103	72	175	58.9		

C: combinato; H: iperattivo; I: inattentivo. P: test chi-quadrato

Residui standard calcolati sotto l'ipotesi nulla di indipendenza tra sottotipo e miglioramento. Hanno distribuzione normale standard e sono significativi se minori di -1,96 o maggiore di 1,96.

Se il p-value è maggiore o uguale a 0,05 allora la categoria non ha un valore significativamente diverso dal valore totale.

Se il p-value è minore di 0,05 e il residuo standard è positivo allora la categoria ha un valore significativamente maggiore rispetto al valore totale.

Se il p-value è minore di 0,05 e il residuo standard è negativo allora la categoria ha un valore significativamente minore rispetto al valore totale.

- Si osserva un miglioramento che raggiunge un livello di significatività statistica se si considerano le diverse terapie effettuate
- La terapia combinata (farmacologica + psicologica) e la terapia psicologica sembrano migliorare il quadro del paziente in tutti i periodi di osservazione indagati (12,18, 24 mesi, > 1 anno, > 2 anni)
- Non emerge dalla tabella la sola terapia farmacologica in quanto a tutti i pazienti ai quali viene proposta, hanno garantito anche il counseling

# Le nostre criticita'



- Tempi di attesa per le valutazioni degli apprendimenti superano l'anno dalla richiesta, in molti dei disturbi del linguaggio e degli apprendimenti vi sono ADHD soprattutto di tipo attentivo. Non si può assolutamente prescindere dal valutare le eventuali difficoltà di apprendimento per evitare il rischio dell'abbandono scolastico.
- Il tempo assorbito dalle esigenze di reparto soprattutto nella copertura settimanale delle urgenze/ pronto soccorso incrementato anche dal 30% il più delle patologie psichiatriche durante le fasi più delicate del covid-19
- Limiti di organizzazione e programmazione
- Il peso delle afferenze del territorio circostante sul centro di riferimento soprattutto nell'affidabilità e nel tempo del reperimento dei dati richiesti dal registro

# Grazie per l'attenzione

