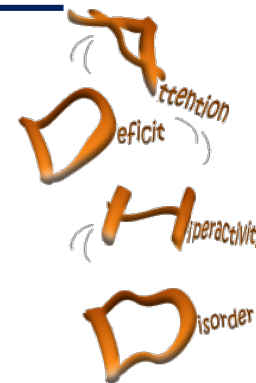


Milano, 9 novembre 2015



PERCORSO DIAGNOSTICO CONDIVISO PER L'ADHD dal progetto



**PERCORSI
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI
CONDIVISI PER L'ADHD**



**Una risposta alle criticità
e ai bisogni inevasi**

Milano, 9-10 novembre 2015
Ore 9.00-18.00 - AULA A

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



PERCORSO DIAGNOSTICO CONDIVISO PER L'ADHD

dal progetto

D. Arisi
Az. Istituti Ospitalieri di Cremona

anonimo su soggetti e centri

elementi relativi ai soli dati e strumenti
diagnostici

database: 3233 records, 124 campi

studio epidemiologico NO

valutazioni di esito ?

clinica SI

Prevalenza globale

maschi 5-19 anni **2.2%**, femmine **0.7%** (review, 44 studi, 21 nazioni)

Erskine et al., Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2013

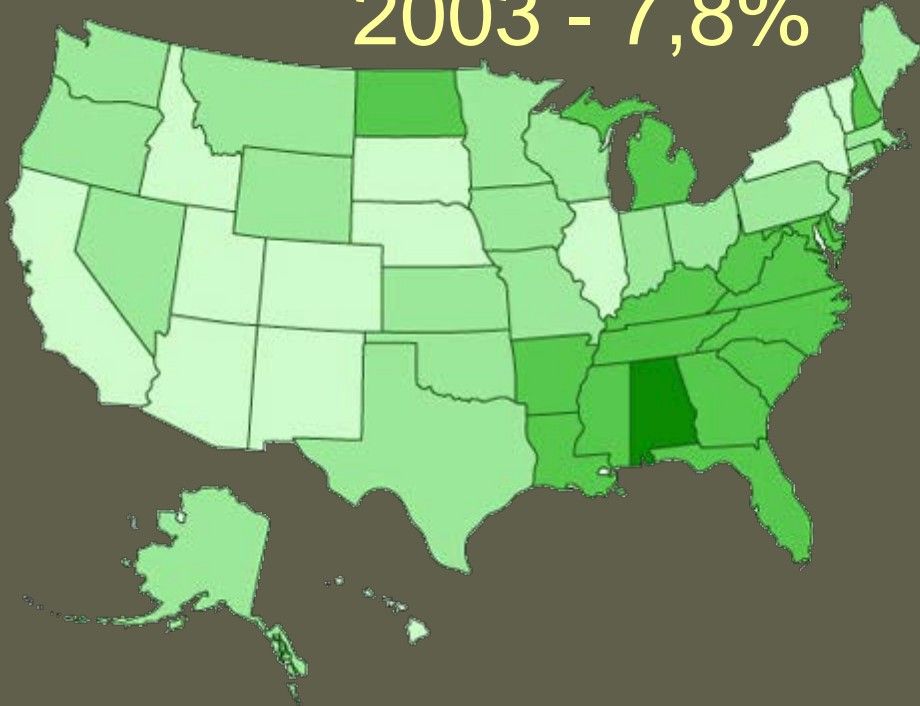
< 18 anni: **5.29%** (review di 102 studi su 171,756 da diverse nazioni)

Polanczyk et al., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis, American Journal of Psychiatry, June 2007

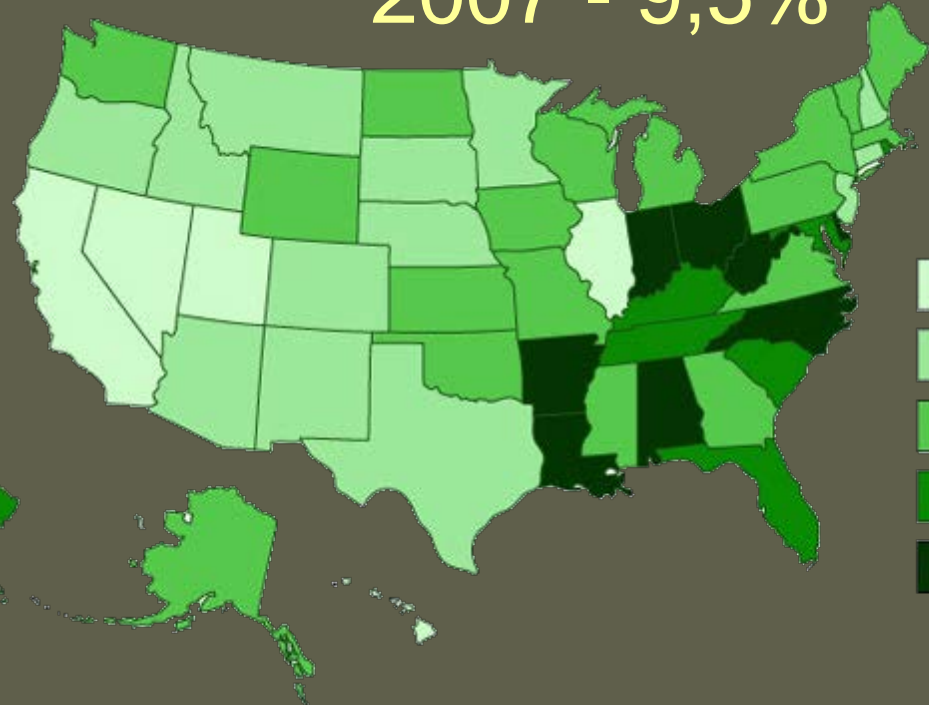
meta analisi su 175 studi worldwide in età evolutiva: **7.2%**

Rae et al., Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis, Pediatrics 2015

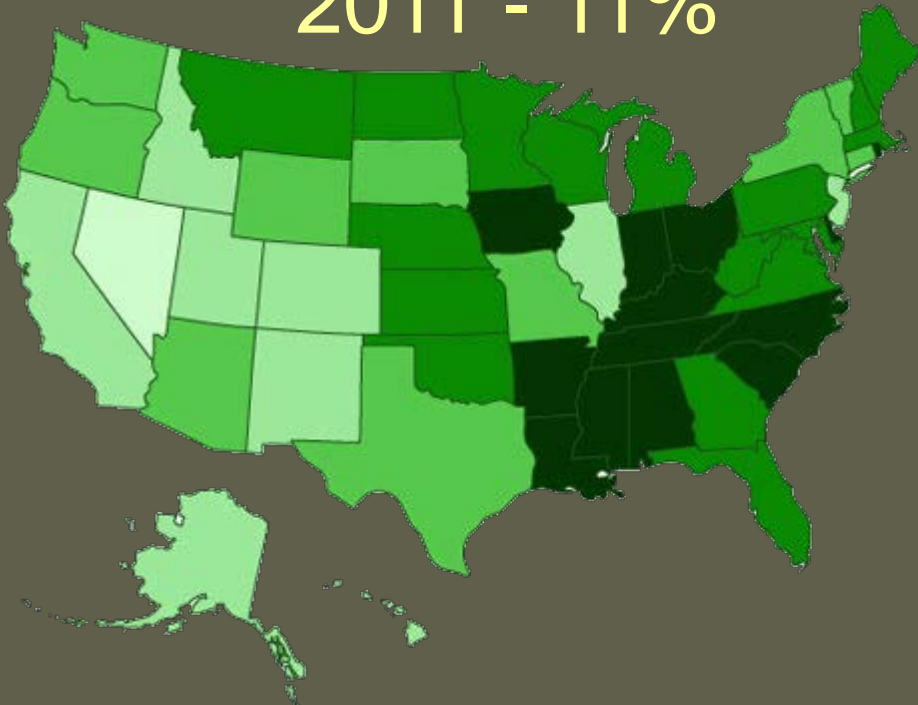
2003 - 7,8%



2007 - 9,5%



2011 - 11%



2003-2011 +48%

2011 (4-17 anni):

1 / 5 M

1 / 11 F

UK: prevalenza 1.7%, nessun aumento dal 2001 al 2009

stimolanti: 0,8 % UK, 6,1 %US

Great Smoky Mountain longitudinal study (US): su 4500 soggetti:
ADHD nel 3.4%, uso di stimolanti nel 7.3%

Grande variabilità locale

Aspettative culturali sul comportamento: stimolanti come
cognitive enhancers

Differenti percorsi diagnostici: medici o pediatri di base (USA,
Olanda) o specialisti

Russell G, Rodgers LR, Ukoumunne OC, et al. Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *J Autism Dev Disord* 2014;44:31-40.

Angold A, Erkanli A, Egger HL, et al. Stimulant treatment for children: a community perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:975-84.

Verkuij N. et al. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder, *BMJ* 2015

Comunicazione
M. 0018/220.000.000.000

MF

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"
CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Torino, 16/08/2012

Ill.mo direttore dr. Leonardo Galli
Presidio Medico Ospedaliero di Cremona
Viale Concordia, 1
26100 - Cremona (CR)

p.c. Spett.le Federazione Italiana Medici Pediatri
Ill.mo segretario dott. Rino Rosignoli
Via Caminadella, 21
20123 - Milano (MI)

Spett.le "AIFA ONLUS" Lombardia
Dott.ssa Golinier Astrid
Via Sabotino, 4
21046 - Malnate(VA)

Direttore Paolo Pao
27/8/12
Al Dott. D. Azis
per conoscenza
poi AIFA

DIRETTORE MEDICO
ONLUS

**LETTERA APERTA IN RELAZIONE AL CONVEGNO
SULL'IPERATTIVITA' ORGANIZZATO A CREMONA IL 13 OTTOBRE
2012.**

Illustrissimo Sindaco,

indirizziamo la presente alla Vostra attenzione nella Vostra qualità di enti patrocinatori dell'evento in programmazione a Cremona il 13 Ottobre 2012, dal titolo "Seminari di Informazione e approfondimento per pediatri sui Disturbi dell'Attenzione e dell'Iperattività", organizzato in collaborazione FIMP e AIFA Onlus (Associazione Italiana Famiglie ADHD).

La nostra organizzazione - composto da duecentotrenta enti, tra i quali undici Università, ordini dei medici, ed associazioni socio-sanitarie e genitoriali - è il più rappresentativo Comitato italiano per la farmacovigilanza in l'età pediatrica. Con questa lettera aperta, ci permettiamo di manifestare la nostra preoccupazione per il rischio di diffusione alla cittadinanza di informazioni quali quelle che verranno divulgate in occasione del convegno in questione: diversi autorevoli

Comitato "Giù le Mani dai Bambini" ONLUS - Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/19711233 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidai Bambini.org - www.giulemanidai Bambini.org



Pediatria di base
Differenze locali

diagnosi

Colloquio clinico

Esame neurologico

Valutazione cognitiva

Intervista diagnostica

Valutazione genitori

Valutazione insegnanti

Val. funzionale

WISC-III, WISC-IV, altro

K-SADS, DAWBA

Conners, CBCL

Conners

CGI-S, CGAS

casi inseriti nel registro

3233

100 %



diagnosi completata

3001

92,8 %



ADHD

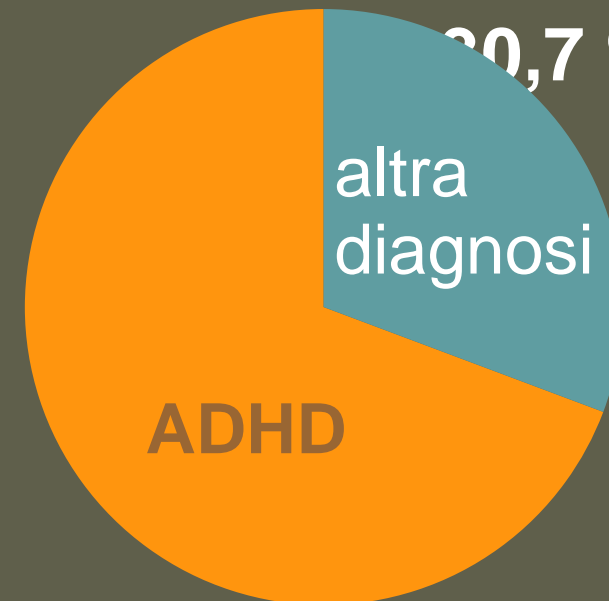
2079

69,3 %

altra diagnosi

922

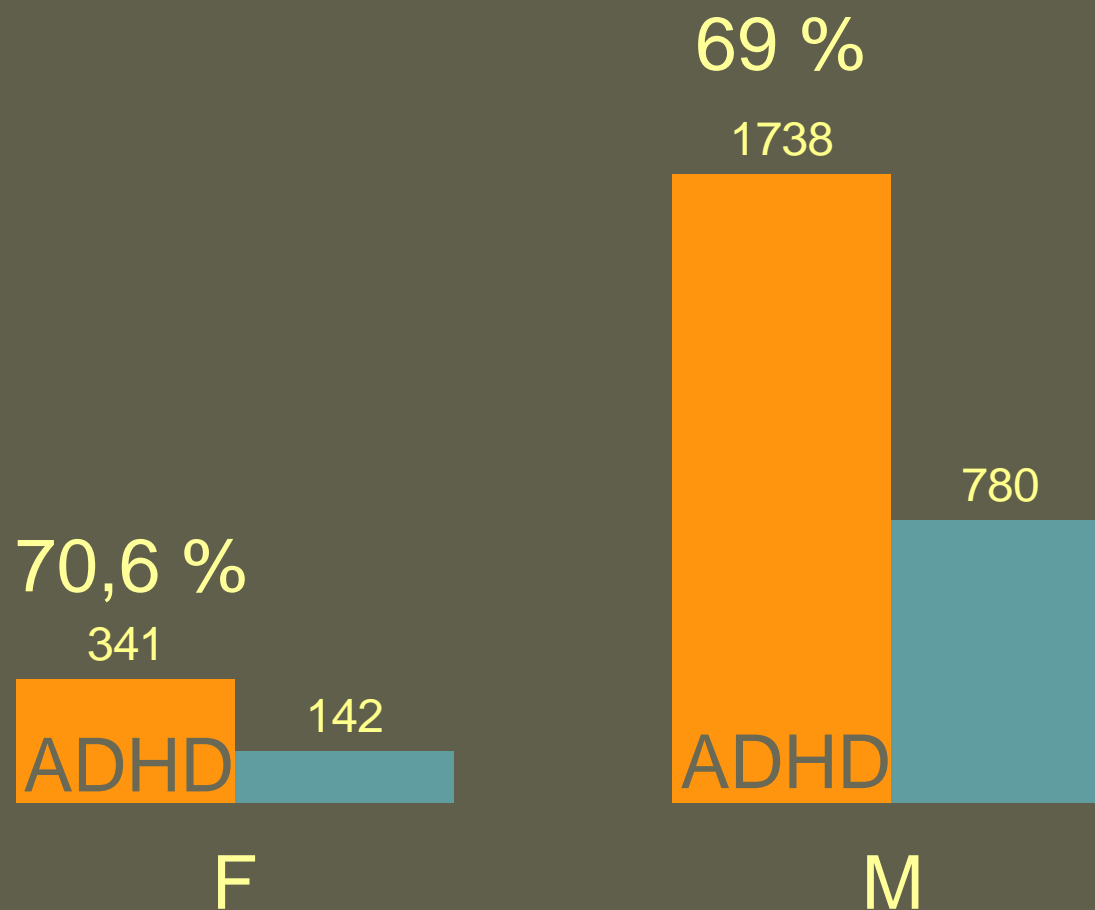
30,7 %



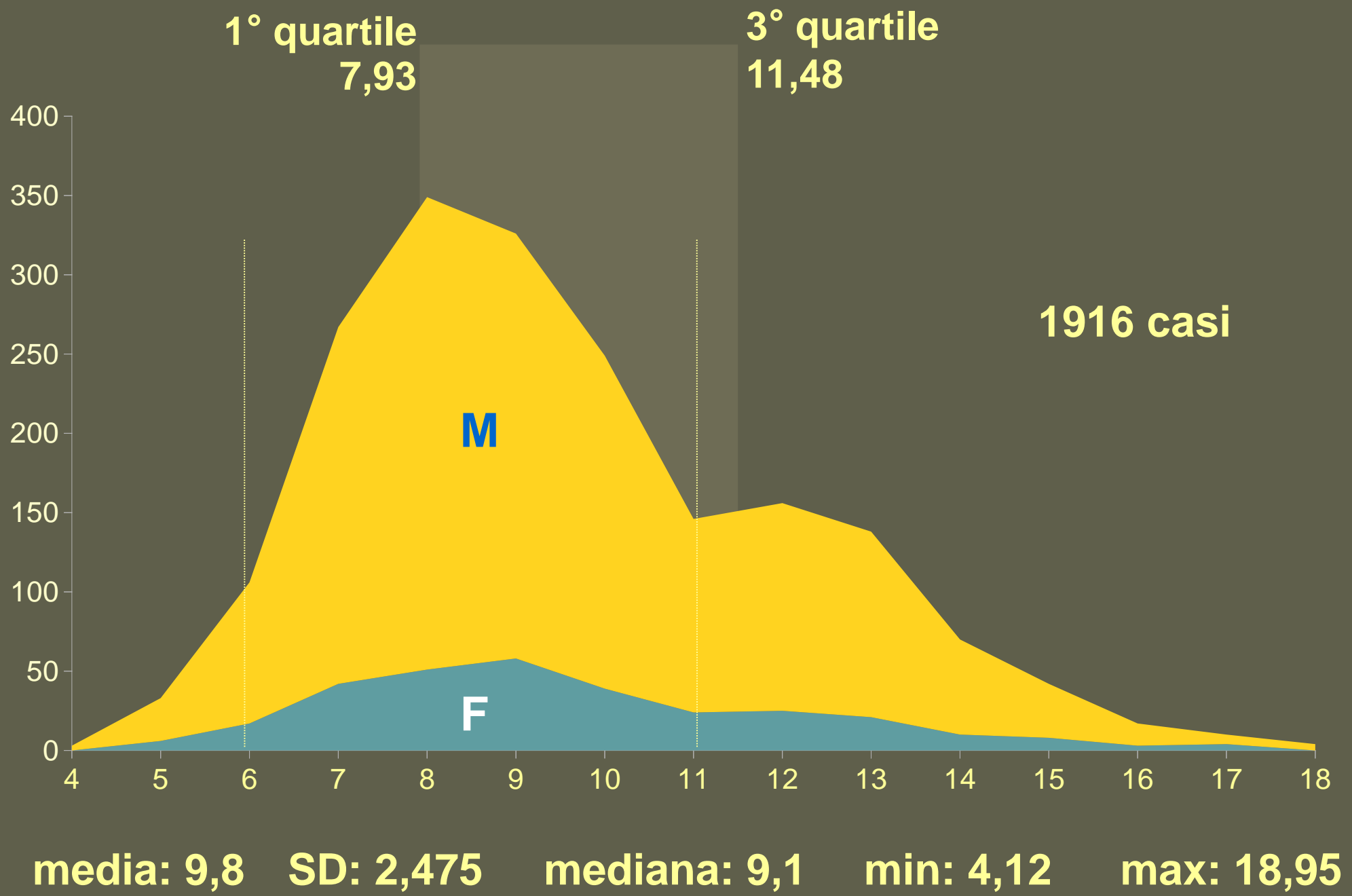
ADHD / altra diagnosi (M/F)

diagnosi di ADHD: **70%** dei casi giunti ai centri

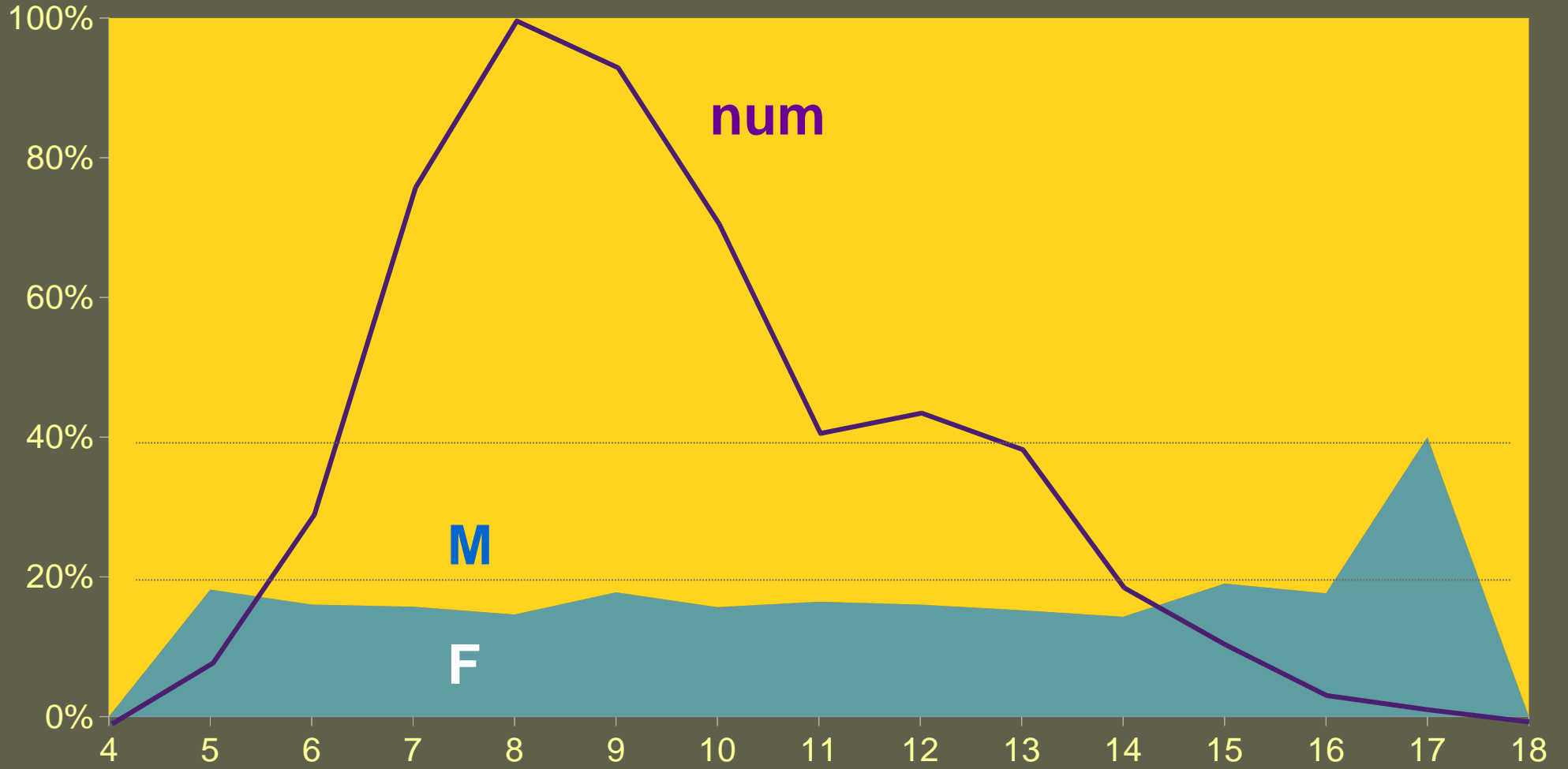
rapporto M/F: **5/1** (16,4% ADHD)



ADHD - età diagnosi



ADHD - età diagnosi

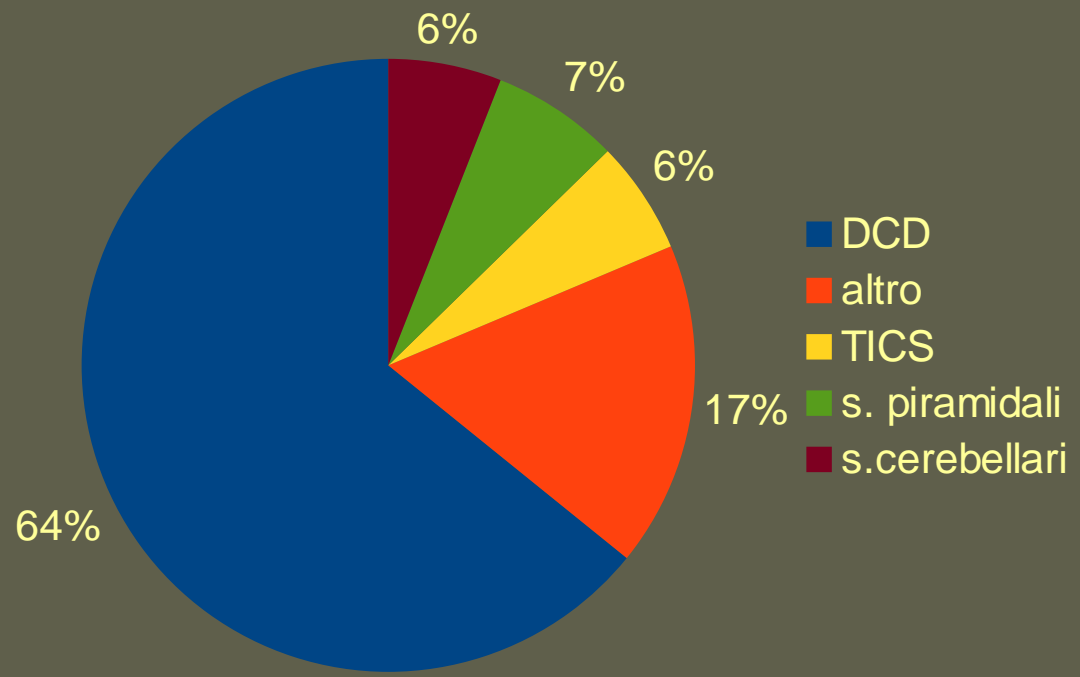


1916 casi

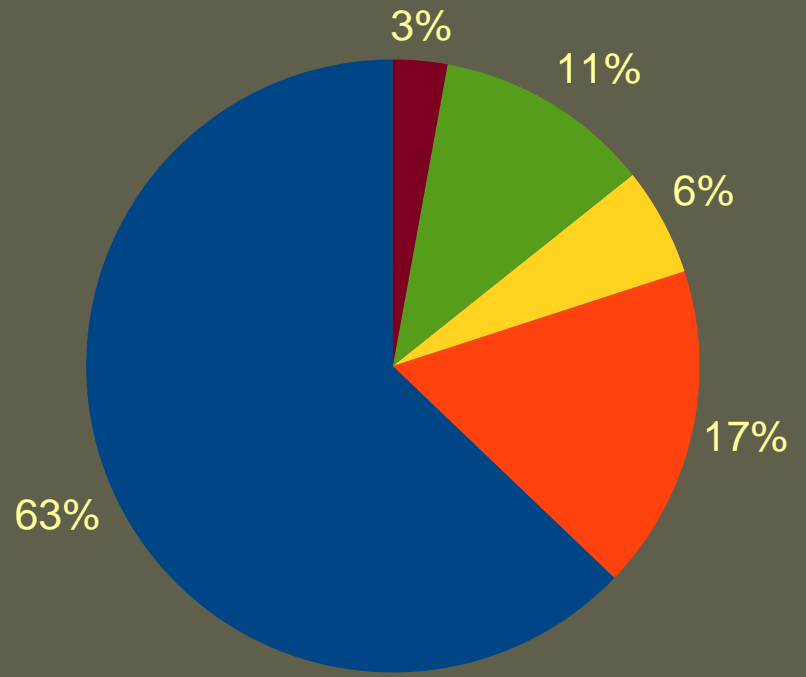
esame neurologico

	ADHD	altra diagnosi
normale	1913 (92%)	873 (96%)
patologico	138	36

ADHD

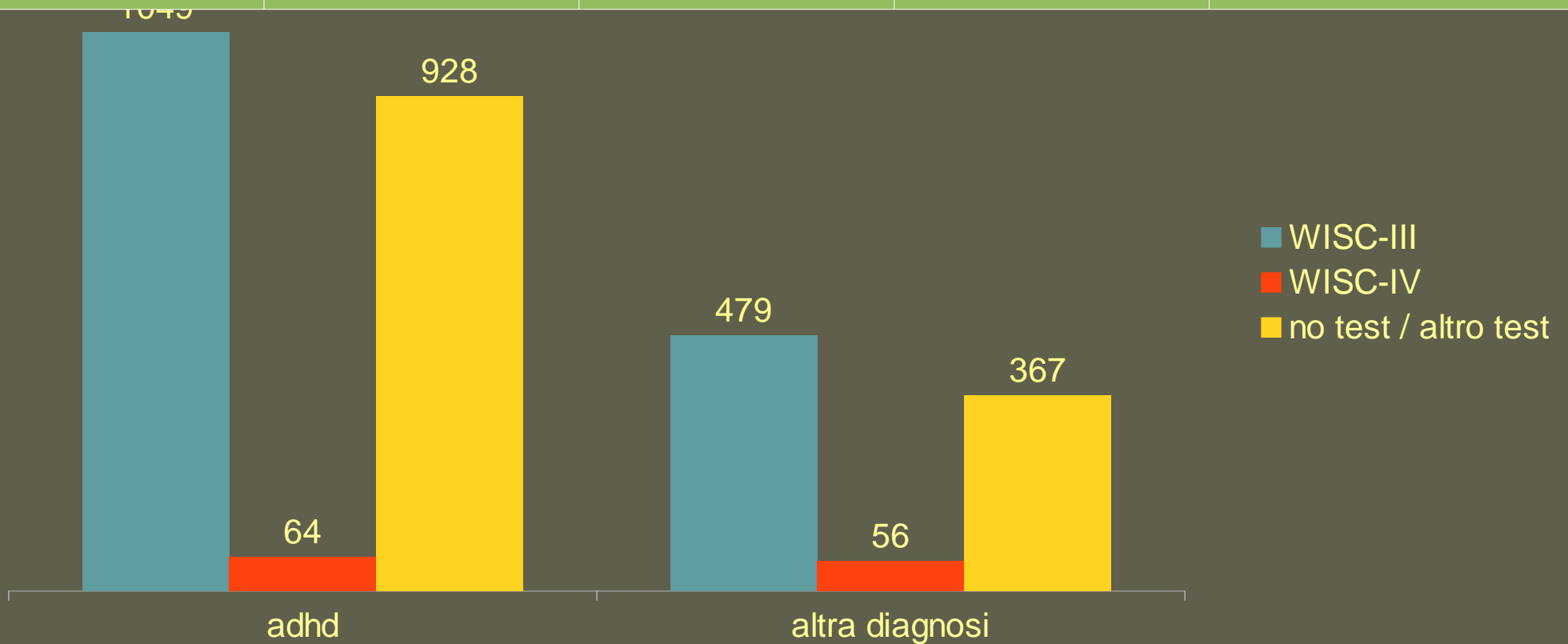


altra diagnosi



valutazione cognitiva

	WISC-III	WISC-IV	? / altro test	QI eseguito
adhd	1049	64	928	2943
altra diag.	479	56	367	
tot	1528	120	1295	



valutazione cognitiva

	IQ > 70	IQ < 70	% IQ < 70
ADHD	1058	53	4,77
altra diagnosi	515	19	3,56

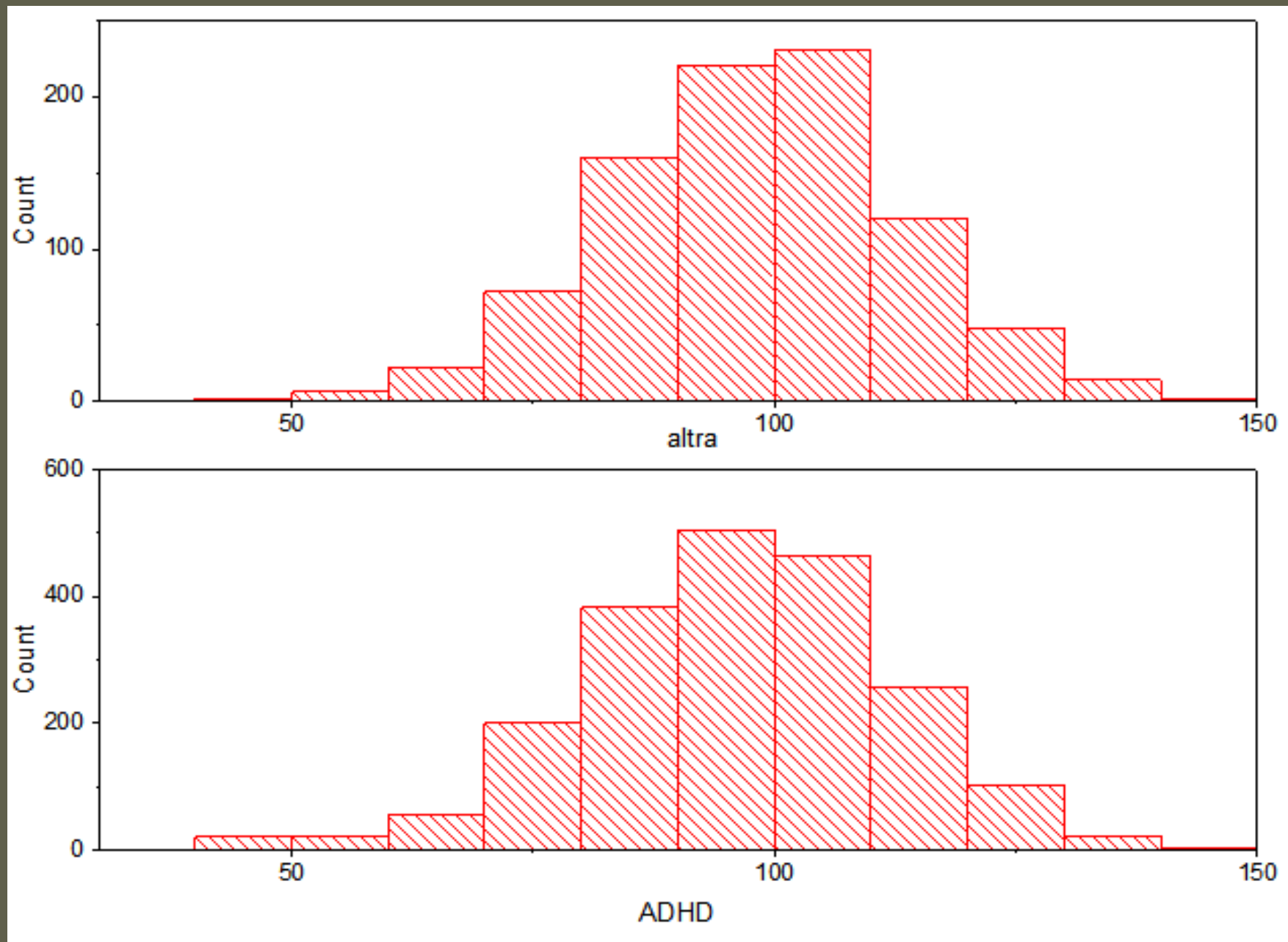
		WISC-III	WISC-IV
ADHD	IQ > 70	97.75	95.13
	IQ < 70	58.85	56.75
altra diagnosi	IQ > 70	98.28	100.94
	IQ < 70	62.27	62,00

valutazione cognitiva

	N	Mean	SD	SEM	Median	p
Altra diagnosi	895	97,56	15,20	0,50	98	0,00239
ADHD	2032	95,63	16,09	0,35	96	

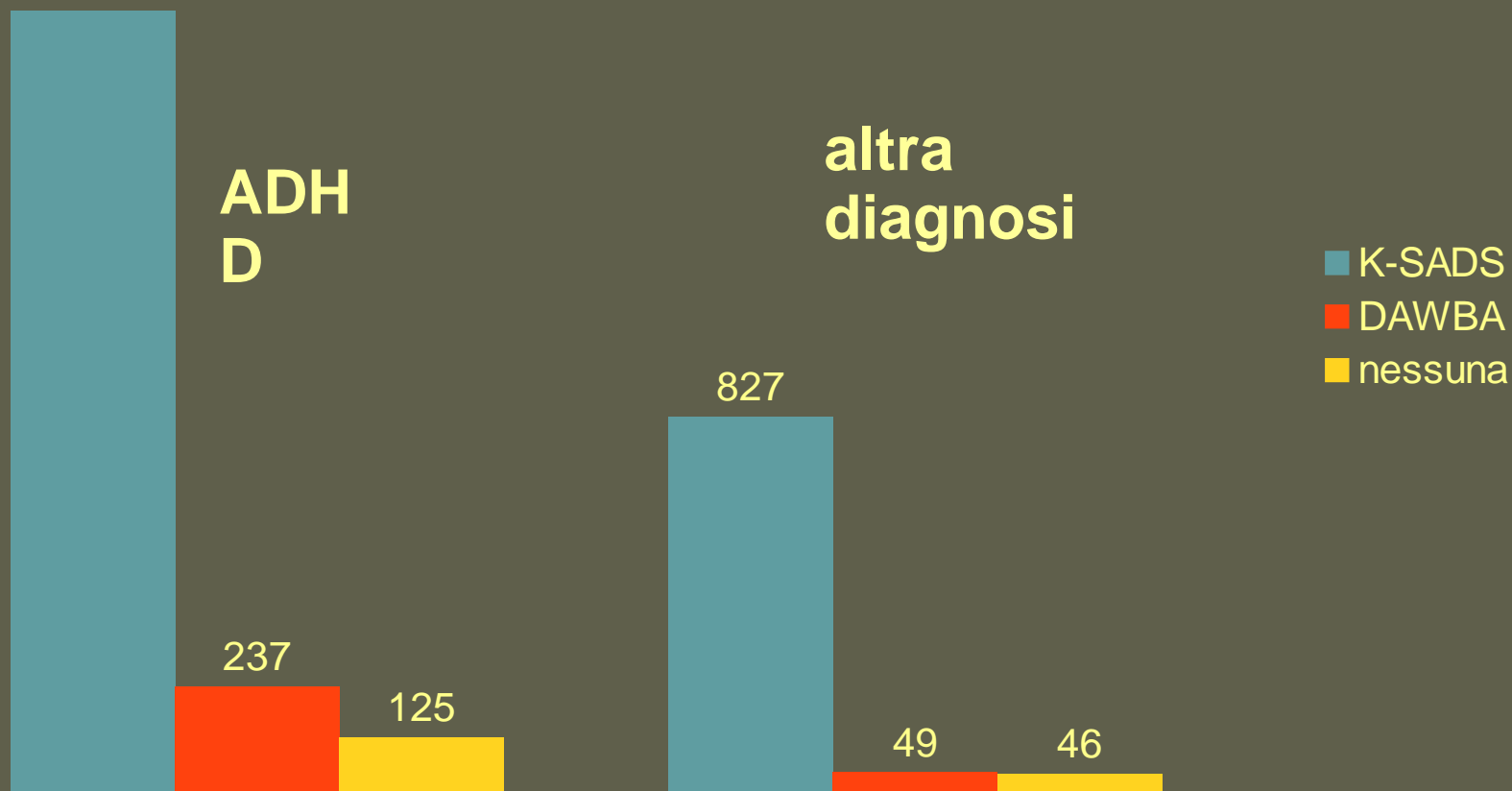
	M	F
ADHD	95.66	96.18
altra diagnosi	96.76	99.8

valutazione cognitiva



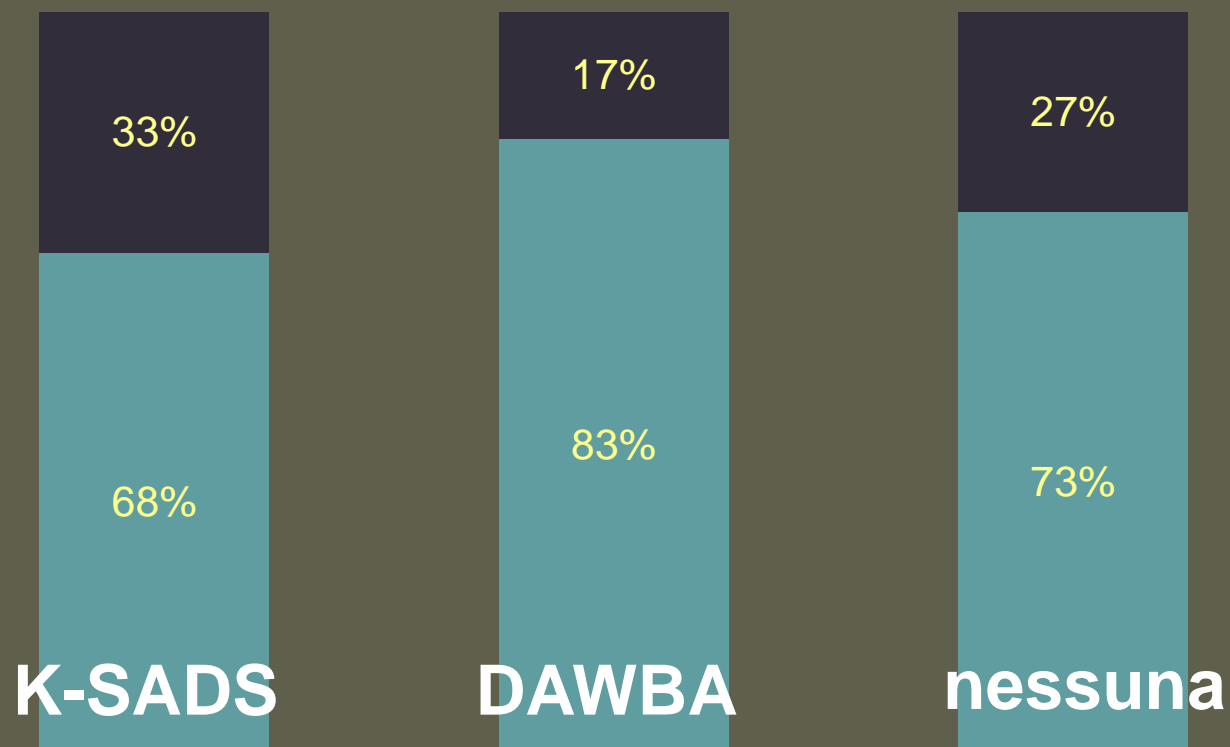
intervista diagnostica

Diagnosi completata (n 3001)	K-SADS (84,7 %)	DAWBA (9,5 %)	Nessuna (5,7 %)
ADHD	1717	237	125
altra diagnosi	827	49	46

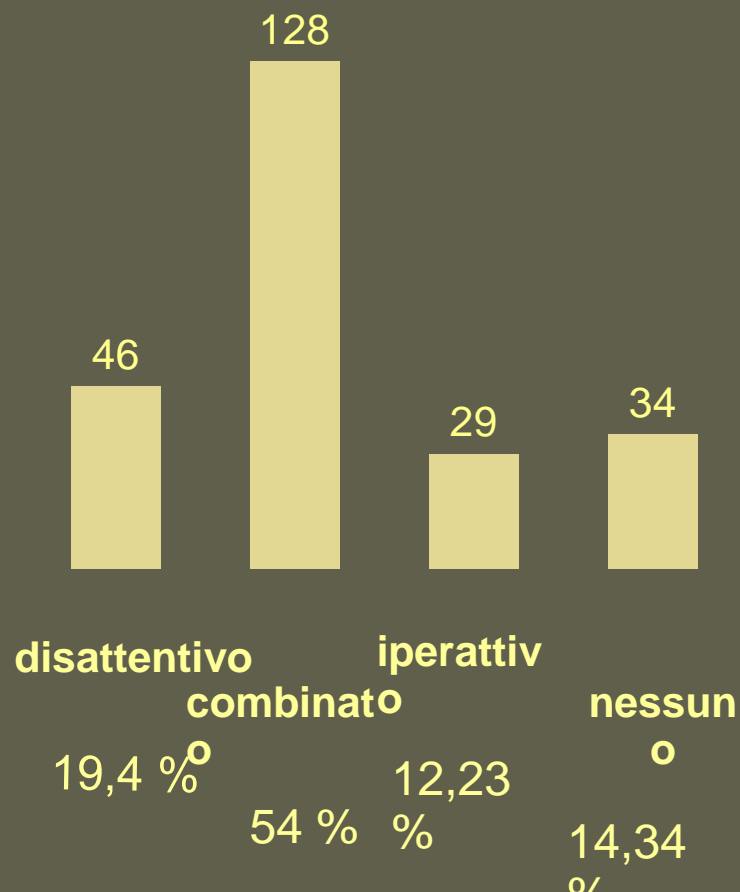


intervista diagnostica

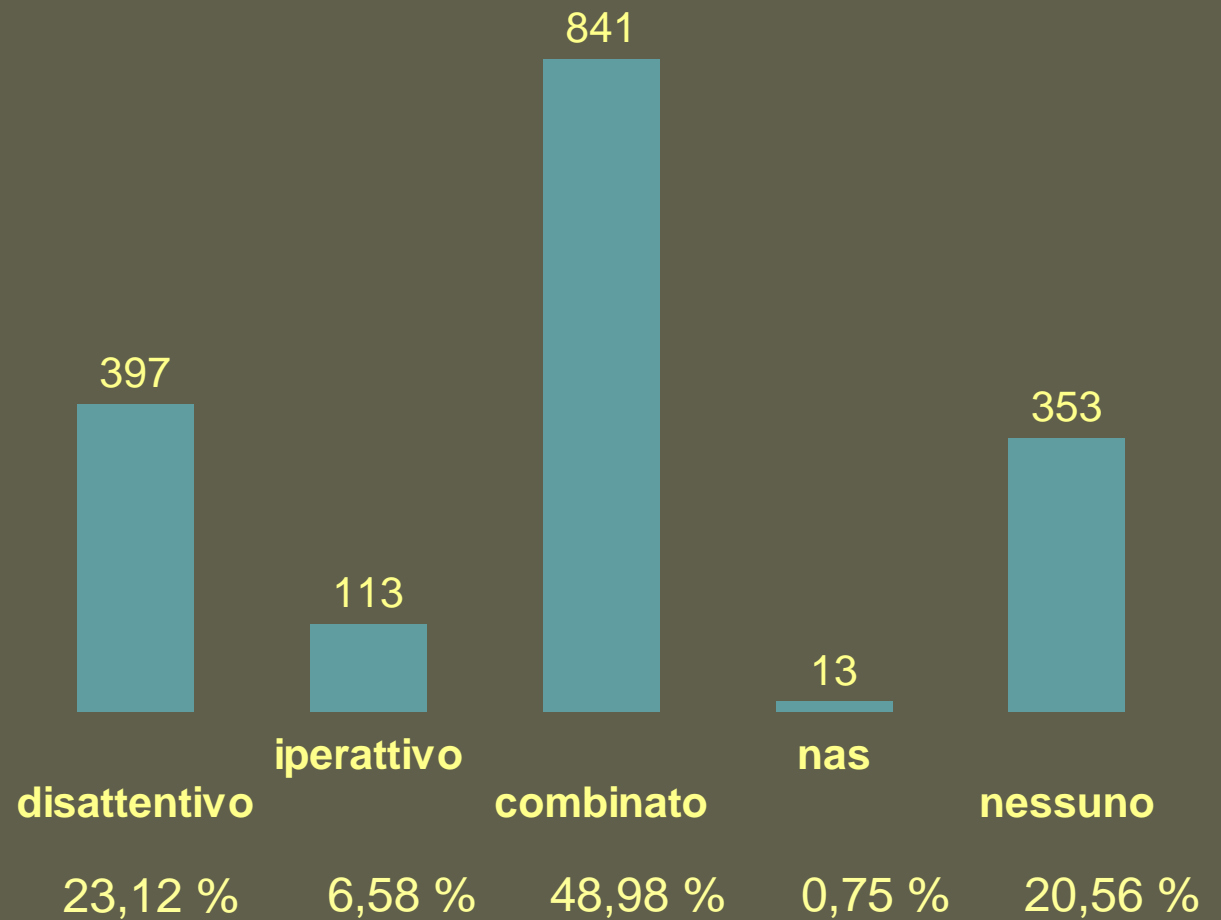
	K-SADS (n 2544)	DAWBA (n 286)	Nessuna (n 171)
ADHD	1717	237	125
altra diagnosi	827	49	46
% diag ADHD	67,5 %	82,87 %	73,1 %



DAWBA n 203

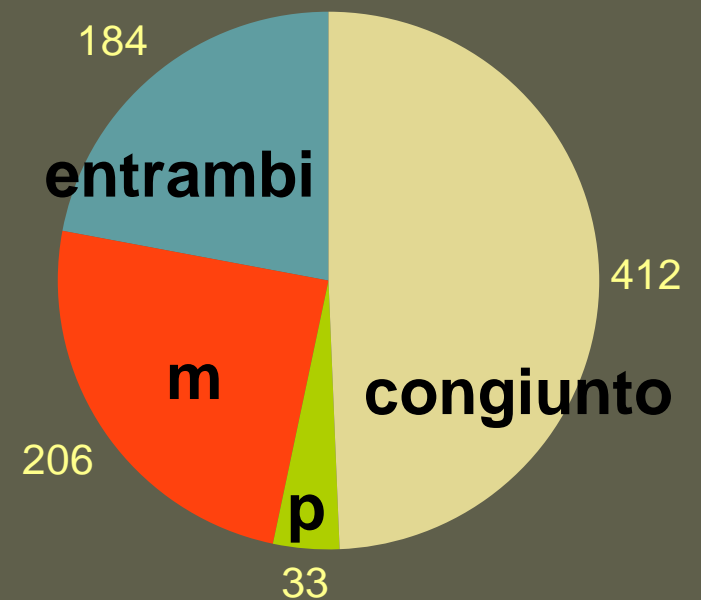
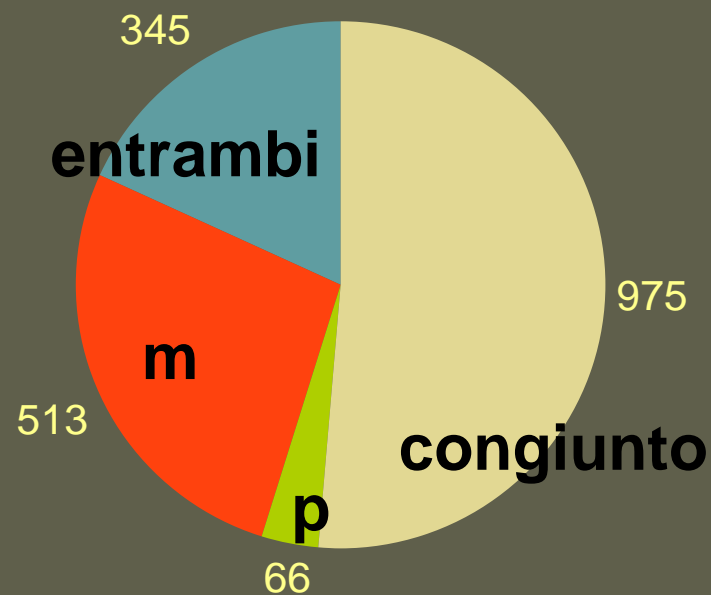


K-SADS n 1717



Conners genitori

	ADHD (n 1899)		altra diagnosi (n 835)	
	n	%	n	%
entrambi	345	18,2	184	22,04
m	513	27	206	24,67
p	66	3,5	33	3,95
congiunto	975	51,3	412	49,34



% valori patologici (> 70)

ADHD

altra diagnosi

oppositività

disattenzione

iperattività

ADHD index

labilità emotiva

oppositività

disattenzione

iperattività

ADHD index

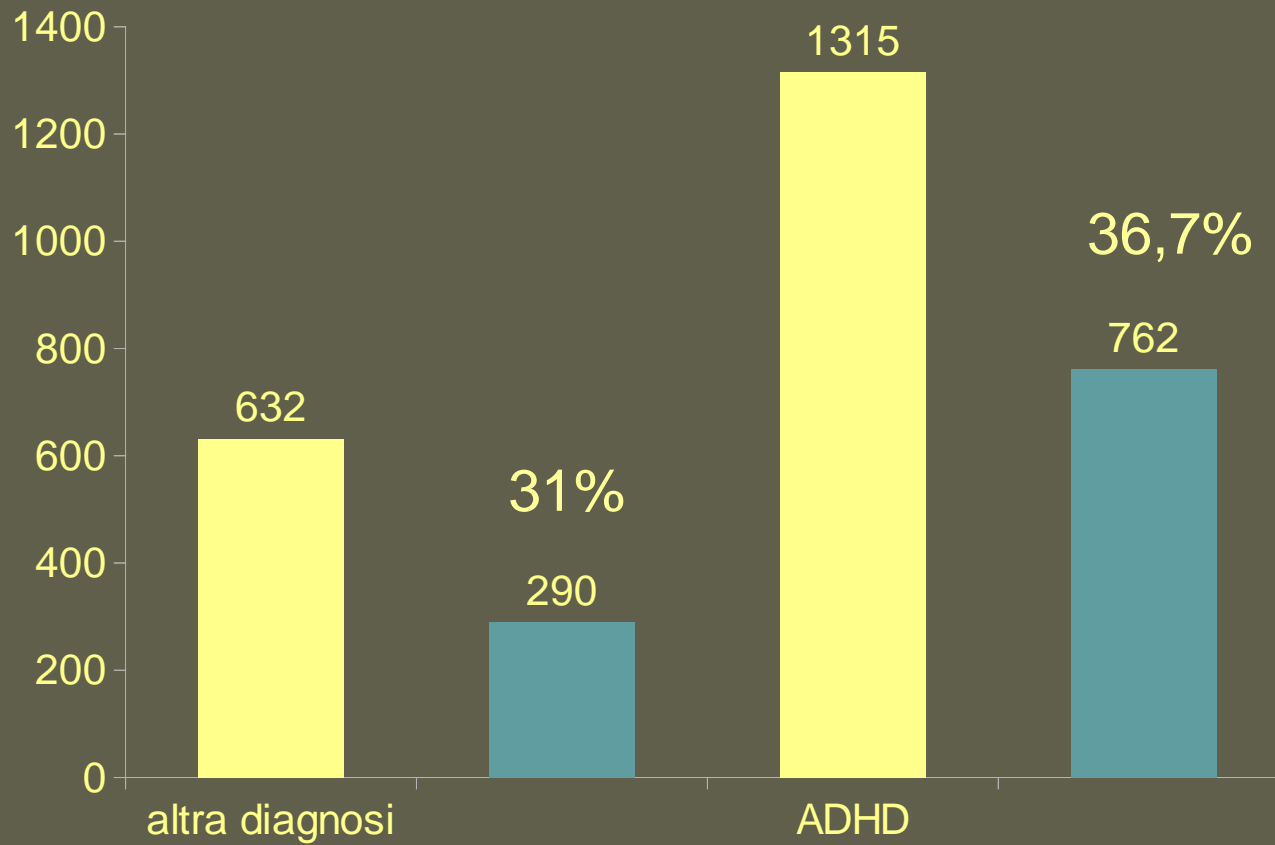
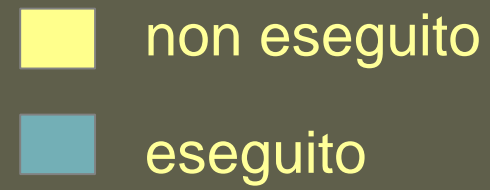
labilità
emotiva

Conners genitori e insegnanti

	CPRS Madre	CPRS Padre	CPRS congiunto	CTRS	n	tot *
Altra diagnosi			*	*	379	
		*		*	32	
	*			*	167	
	*	*		*	169	747
ADHD			*	*	913	
		*		*	52	
	*			*	392	
	*	*		*	283	1640
						2387

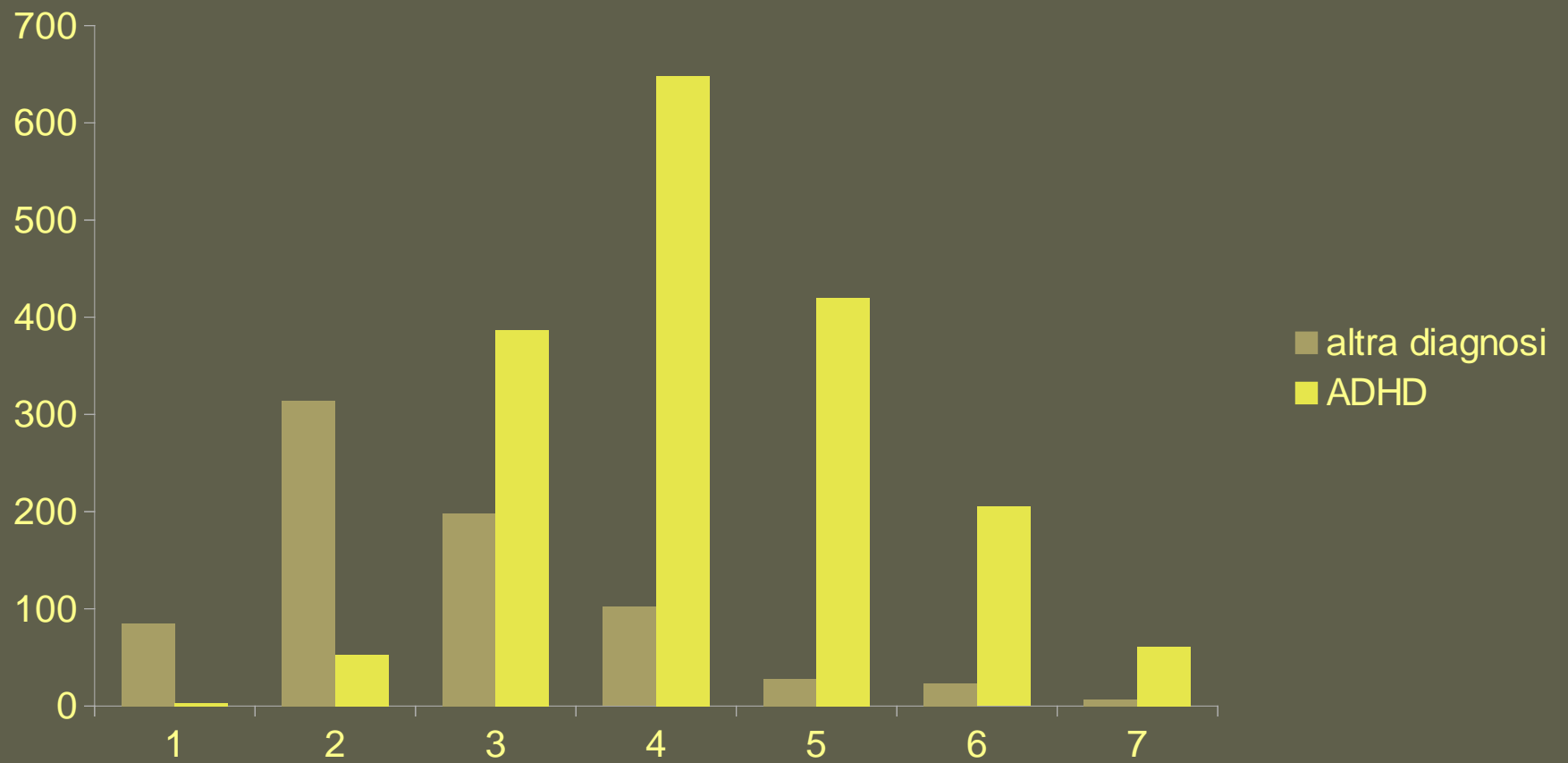
Conners genitori e insegnanti

				CTRS		concordanza
				normale	patologico	<u>cohen's K</u>
A oppositività	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	454	97	0,71
			patologico	116	73	0,22
	ADHD	CPRS	normale	625	265	0,66
			patologico	285	457	0,32
B disattenzione	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	261	101	0,63
			patologico	174	205	0,26
	ADHD	CPRS	normale	266	181	0,66
			patologico	367	818	0,25
C iperattività	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	328	160	0,63
			patologico	111	141	0,22
	ADHD	CPRS	normale	308	296	0,67
			patologico	242	786	0,28
H ADHD index	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	199	131	0,61
			patologico	158	253	0,22
	ADHD	CPRS	normale	109	226	0,73
			patologico	222	1074	0,15
J labilità emotiva	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	441	108	0,72
			patologico	101	88	0,27
	ADHD	CPRS	normale	635	358	0,63
			patologico	239	397	0,26
CPRS-CTRS-1-pat	altra <u>diag</u>	CPRS	normale	97	125	0,66
			patologico	128	386	0,19
	ADHD	CPRS	normale	35	136	0,84
			patologico	129	1328	0,12



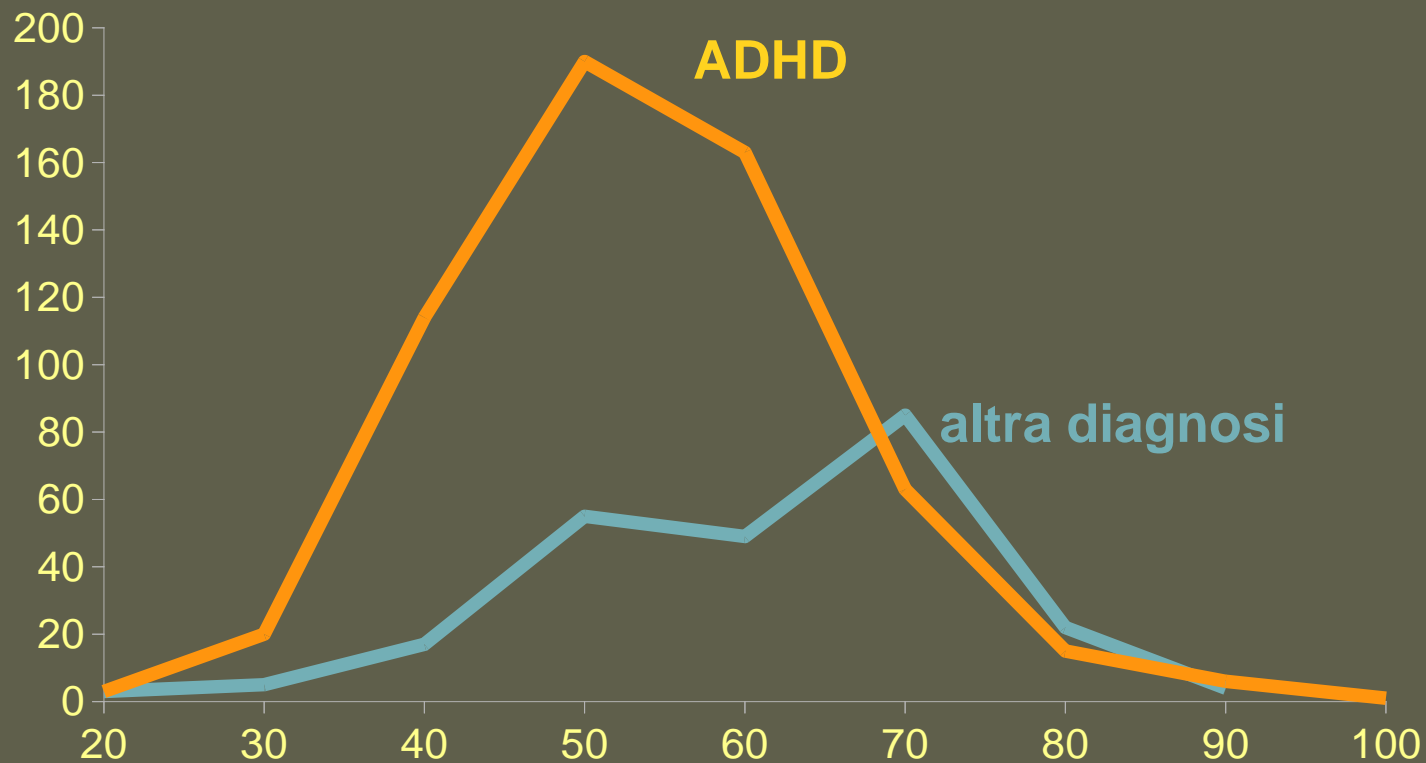
CGI Severity

ADHD n 1777
Altra diagnosi n 757



CGAS

	N	Mean	SD	Min	Median	Max	p
Altra diagnosi	240	63,38	13,68	20	65	90	3,04627E-15
ADHD	575	55,70	11,85	20	55	100	



Conclusioni

Diagnosi categoriale affidabile

compatibilità con linee guida

nessun golden standard; diagnosi clinica

ampiezza di raccolta dei dati: informazioni da più fonti

completezza: utilizzo di diversi strumenti

Criticità

Strumenti valutazione cognitiva non confrontabili per parte dei casi

Disomogeneità nella presenza dei dati

Outliers, errori di inserimento dei dati?

Minore affidabilità e completezza sulla diagnosi dimensionale