

ADHD
nei Servizi di
Neuropsichiatria
in Italia



La Comorbidità
nell'ADHD

Milano, 14 dicembre 2016



La realtà piemontese
Obiettivi raggiunti, potenzialità inesprese

Fulvio Guccione
C.D.R. ADHD - ASL Novara-

- 7 centri di riferimento

- 20 centri territoriali





REGIONE
PIEMONTE

Direzione Sanità

Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 10

DEL 20.01.2009

OGGETTO: Procedure relative all'operatività dei Centri di Riferimento e Centri Territoriali per il trattamento dell'ADHD.

I Centri Specialistici Regionali di Riferimento sono stati istituiti, secondo i requisiti previsti dalla nota prot. n. 19753/farm6 del 28 aprile 2004 dell'ISS, per la prescrizione dei farmaci approvati per il trattamento dell'ADHD.

Essi, facendo specifico riferimento alle procedure e alla prassi prevista dal Registro Nazionale ADHD dell'Istituto Superiore di Sanità, hanno il compito di:

- validare la necessità di una prescrizione e la congruità del trattamento farmacologico per i casi inviati dalle Strutture del territorio con diagnosi certa di ADHD e pregressi interventi multimodali
- accertare la tollerabilità clinica del farmaco
- effettuare la prima prescrizione farmacologica e predisporre il Piano Terapeutico individualizzato
- verificare l'andamento clinico, l'efficacia e la tollerabilità del farmaco
- predisporre il follow up dei casi in terapia farmacologica
- gestire il Registro dei casi

Il Servizio territoriale di NPIA è il titolare della gestione del soggetto ADHD ed il garante di tutto il suo percorso terapeutico.

I Centri Territoriali hanno pertanto il compito di:

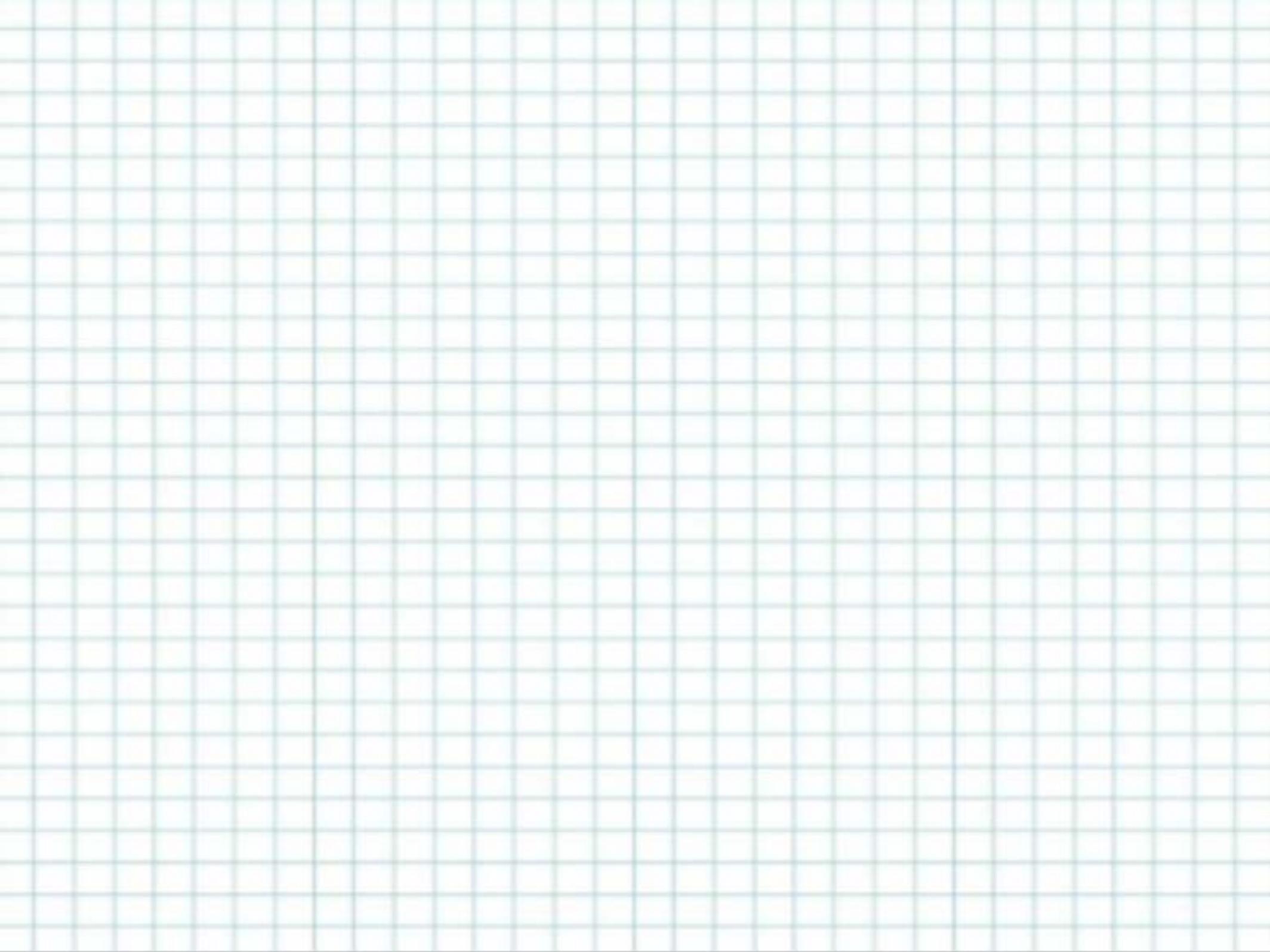
- porsi come primo ascolto del sospetto diagnostico
- valutare il soggetto e il suo contesto
- effettuare l'accertamento clinico al fine della definizione diagnostica
- predisporre il Progetto Terapeutico individualizzato
- predisporre i follow up dell'andamento clinico e dei percorsi terapeutici
- inviare, laddove ritenuto necessario, il soggetto che non offre adeguate risposte alla terapia in atto, al Centro di Riferimento per valutare la necessità di una terapia farmacologica associata
- controllare i soggetti in terapia farmacologica e inserire i dati clinici del Registro dei casi, secondo le procedure previste dal Registro Nazionale ADHD dell'Istituto Superiore di Sanità

Dal 2008 i centri di Riferimento si sono organizzati in un network organizzativo gestionale finalizzato a:

- *Offrire una risposta omogenea a livello regionale*
- *Definire un percorso diagnostico comune*
- *Svolgere attività di formazione ai centri territoriali*
- *Verificare la funzionalità dei Centri*

Minimo Comun Denominatore diagnostico





L'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELLA REGIONE PIEMONTE, DODICI ANNI DI ATTIVITÀ: DA NPInet A SMAiL

*The Observatory of Epidemiological Child Neuropsychiatry in Piedmont twelve years of activity:
from NPInet to SMAiL*

F. Guccione¹, A. Mariani², M. Maspoli³, F. Ragazzo⁴

Gior Neuropsych Età Evol 2015;35:87-105

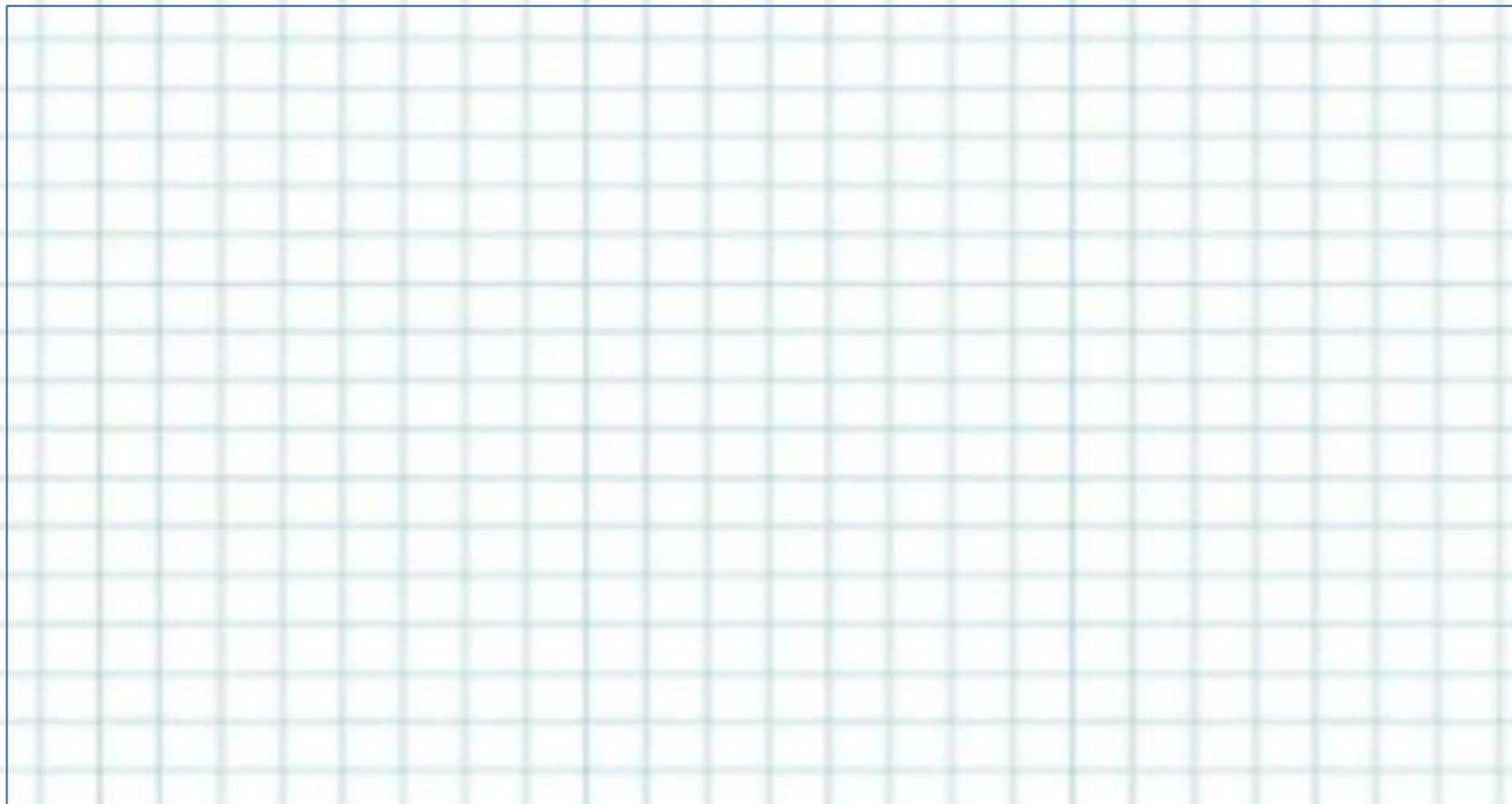
ALLA RICERCA DI SPECIFICI INDICATORI EPIDEMIOLOGICI IN NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE PIEMONTE NEL 2015

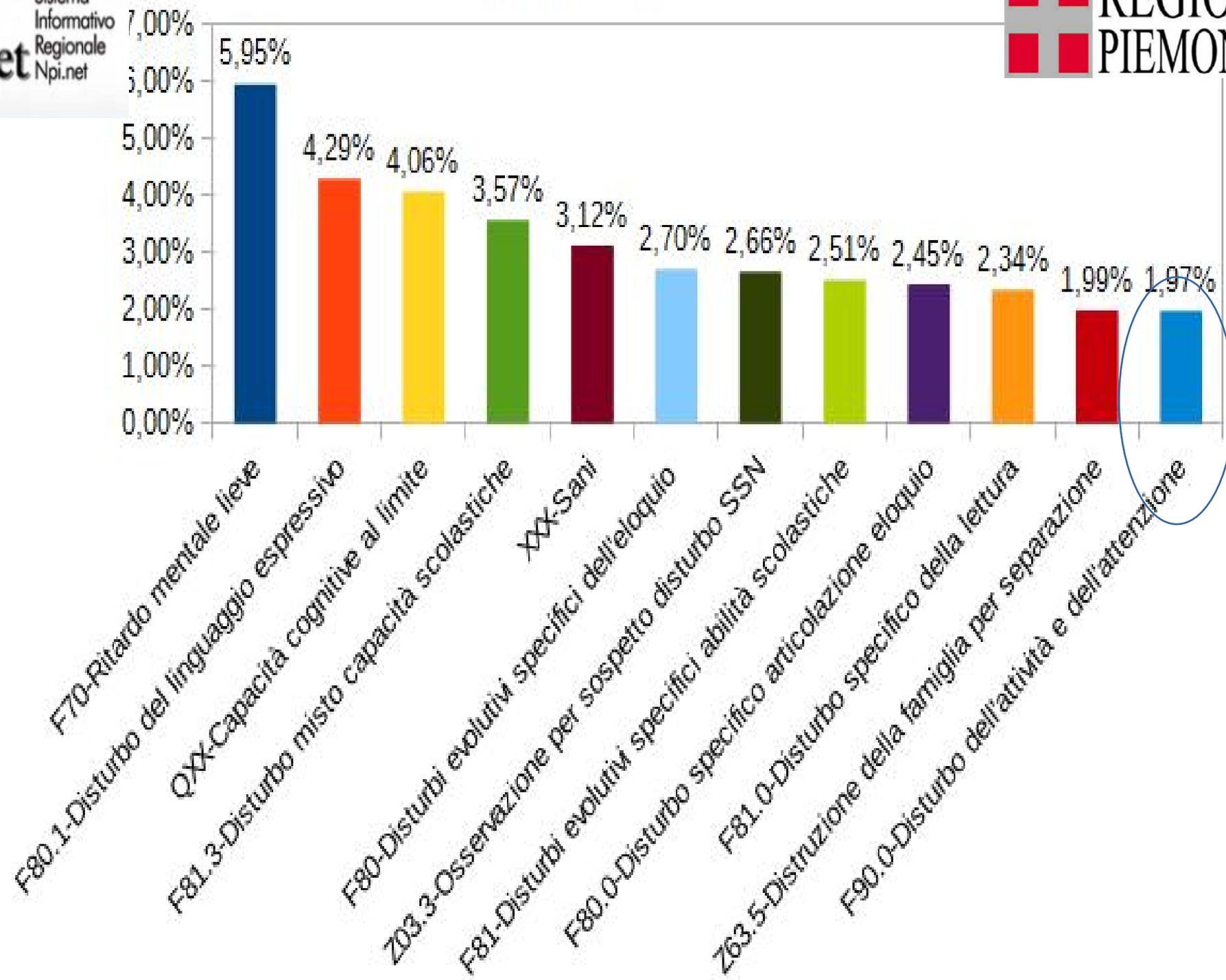
*Looking for specific epidemiological indicators in child neuropsychiatry: the experience of the Piedmont
Region in 2015*

F. GUCCIONE¹, A. MARIANI², F. RAGAZZO³

Media
annua
di
55.000
pazienti

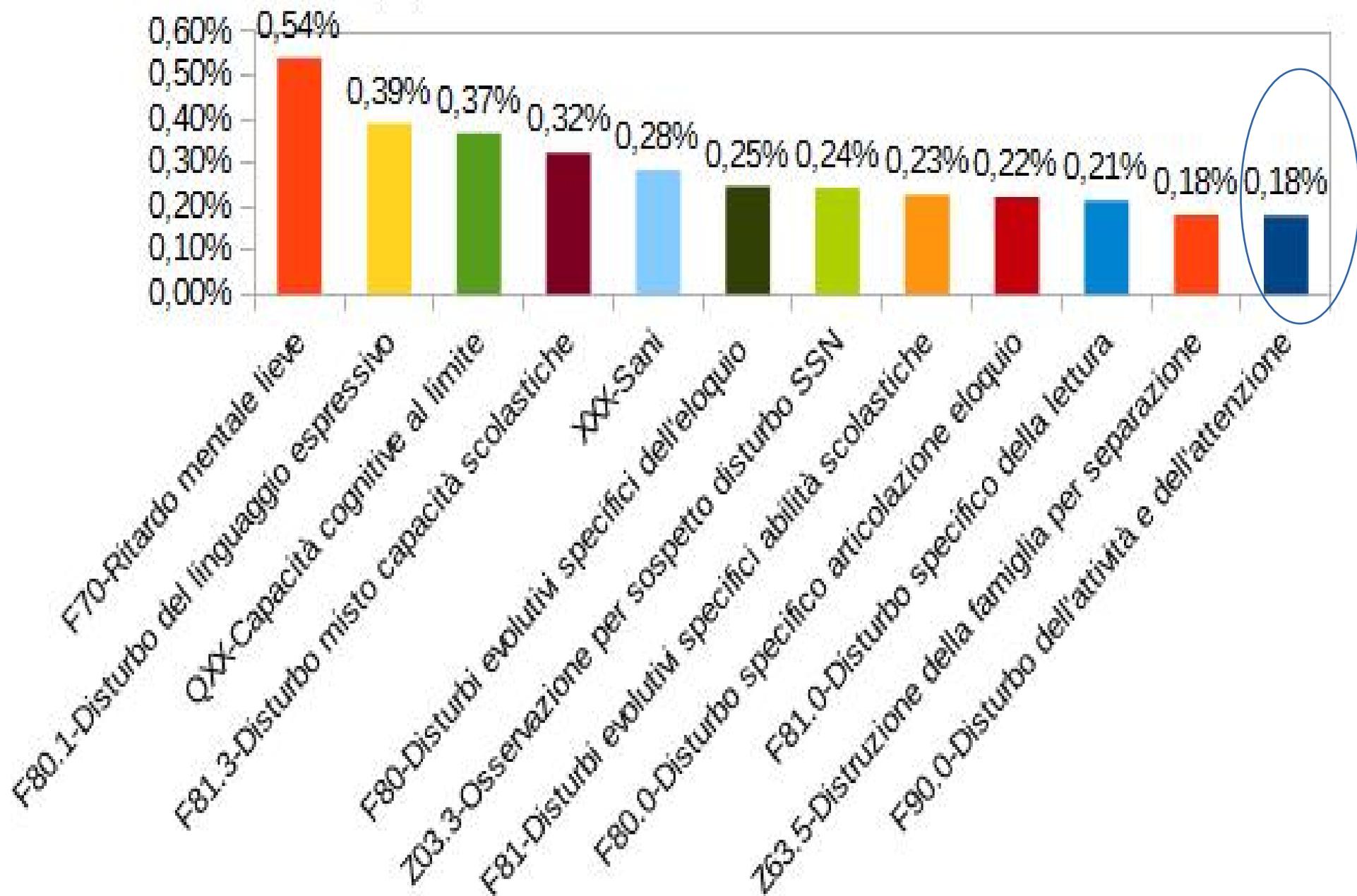
Media
annua di
circa
15.000
nuovi casi

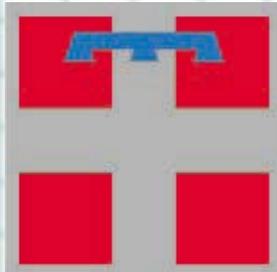




2013 Diagnosi di prevalenza

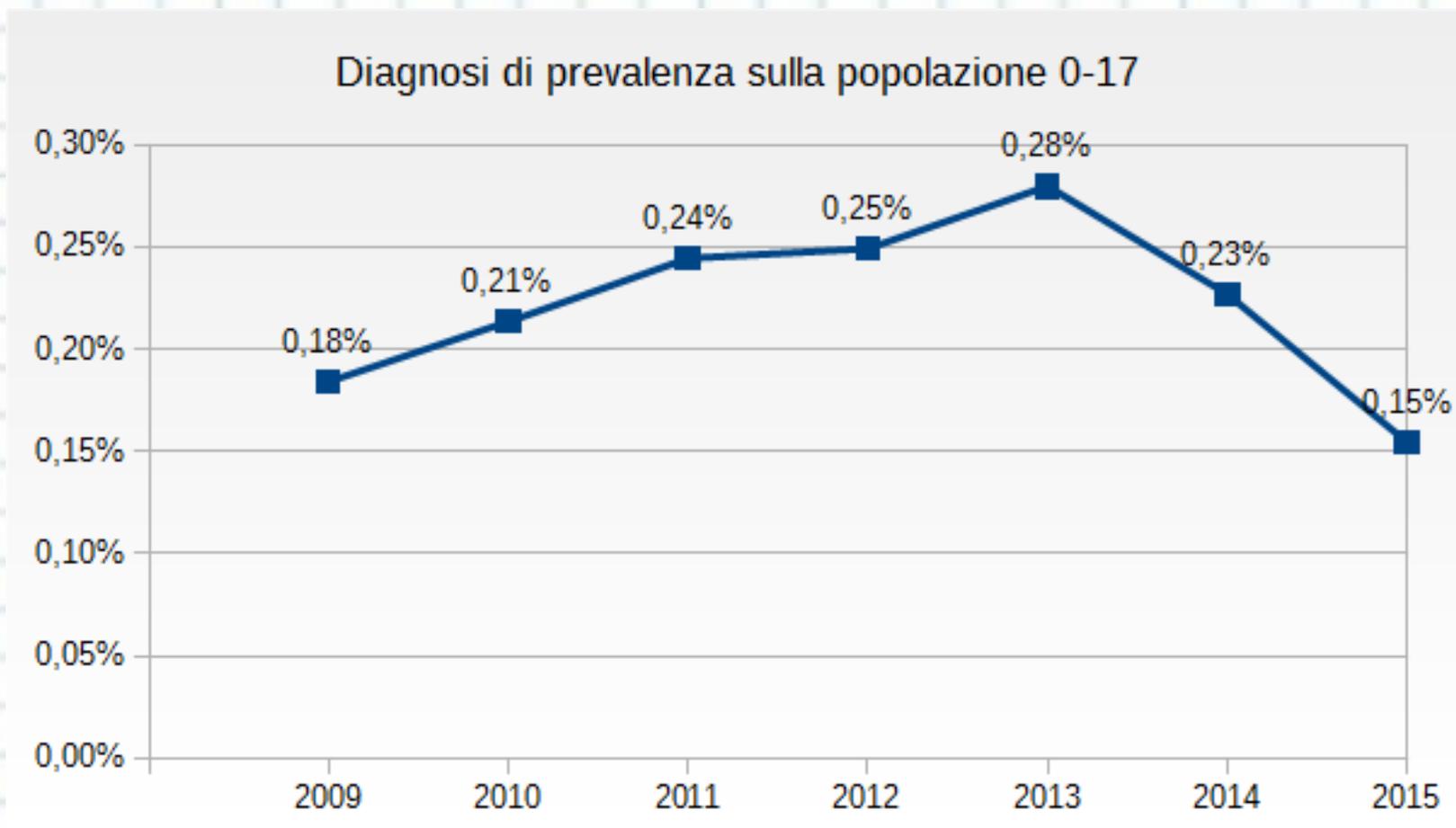
popolazione 0-17 residente in Piemonte

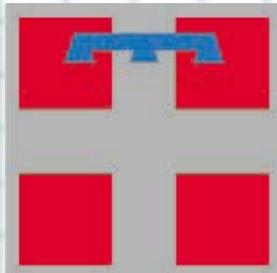




REGIONE PIEMONTE

F90 - F90.9

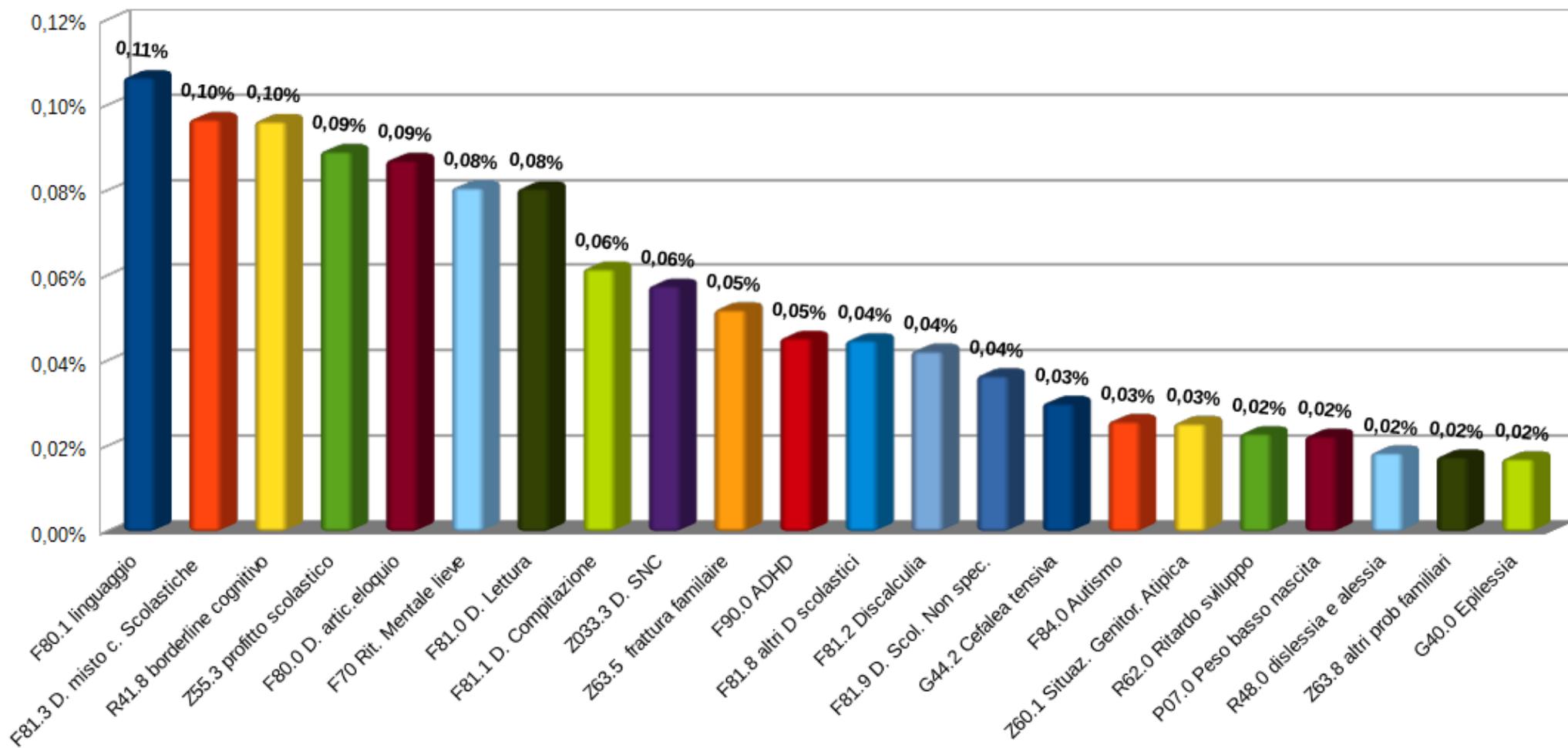




REGIONE PIEMONTE

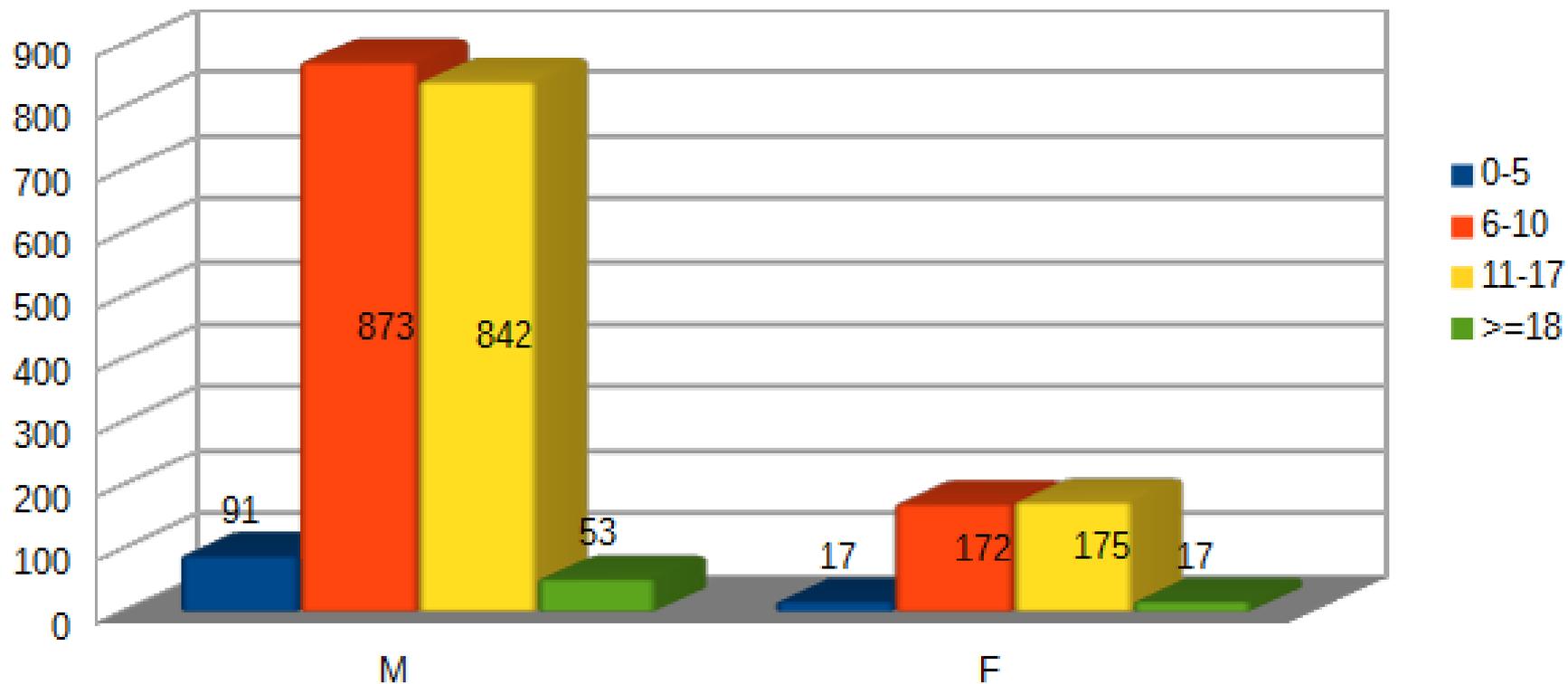
2015 Diagnosi di prevalenza

principali diagnosi su popolazione 0-17 in Piemonte



2015 pazienti in carico con diagnosi F90 - F90.9

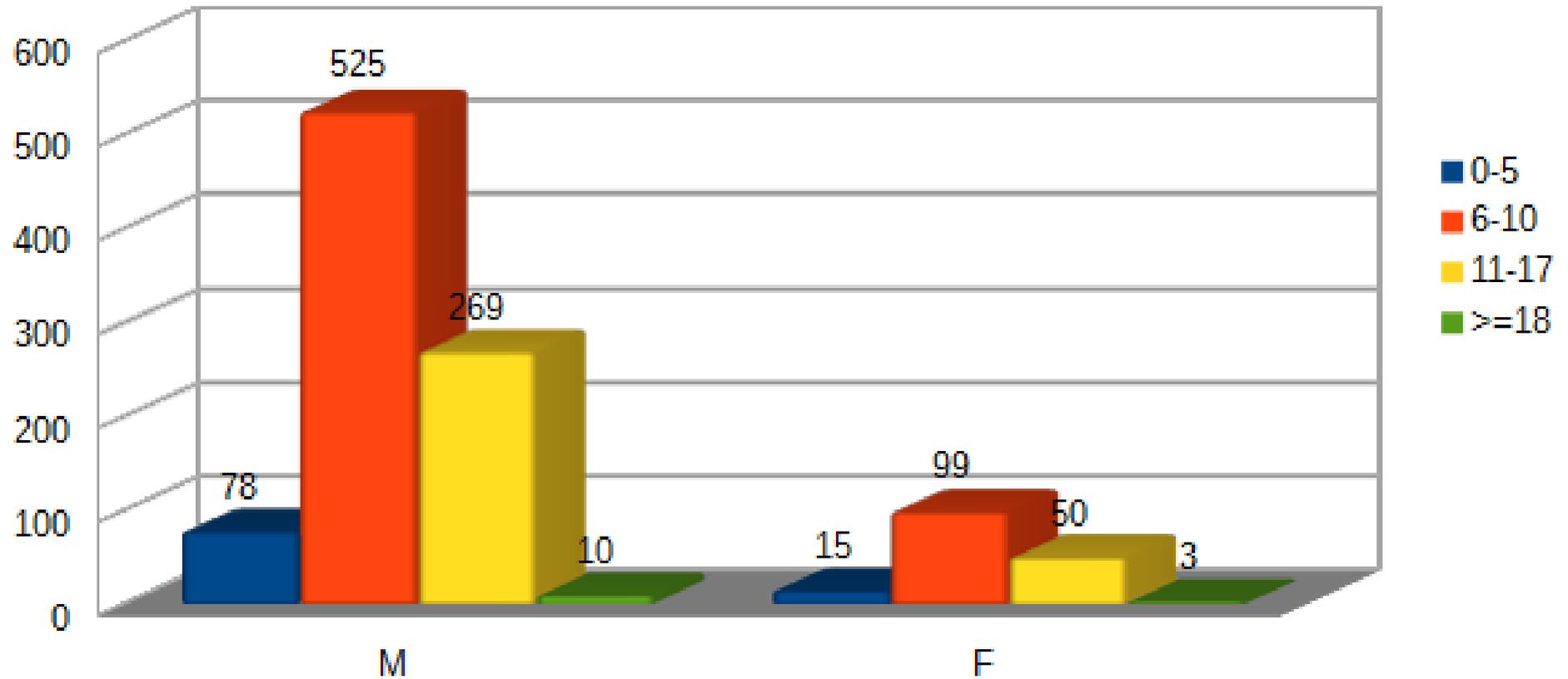
suddivisione per sesso e per classe d'età



	0-5	6-10	11-17	>=18	totale	Totale generale
M	91	873	842	53	1859	
F	17	172	175	17	381	2240

2015 nuove diagnosi F90 - F90.9

suddivisione per sesso e per classe d'età



	0-5	6-10	11-17	>=18	totale	Totale generale
M	78	525	269	10	882	
F	15	99	50	3	167	1049

Prestazioni erogate nel 2015 a pazienti con diagnosi F90.0

94.09.4 - COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO	1787
ALLEGATO B - SERVIZI SANITARI	950
ALLEGATO B - SCUOLA	902
94.3 - PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	882
94.09 - COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	696
ALLEGATO B - SERVIZI SOCIALI	696
93.72.4 - RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	620
94.12.1 - VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	521
89.7 - VISITA GENERALE - VISITA SPECIALISTICA, PRIMA VISITA -	376
93.72.8 - RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	362
93.72.6 - RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (MAX 5 PAZIENTI)	285
94.19.1 - COLLOQUIO PSICHIATRICO	241
93.11.7 - RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	232
93.72.9 - RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE	231
94.09.2 - COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO	193
93.01.B - VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	191
94.44 - PSICOTERAPIA DI GRUPPO - PER SEDUTA E PER PARTECIPANTE	184
94.42.1 - PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	149
94.42 - PSICOTERAPIA FAMILIARE - PER SEDUTA	145
897.11 - PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	141
93.72.5 - RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (MAX 5 PAZIENTI)	122
93.01.7 - COUNSELLING NPI	115
93.72.7 - RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	89
94.02.3 - VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	70
94.08.7 - VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	62
93.01.5 - VALUTAZIONE DELLE FUNZ. CORTICALI SUP. CORRELATE AL DIST. COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	48
TOTALE PRESTAZIONI	10476

2015 Media prestazioni

Pazienti con diagnosi F90.0

Fase	media prest
Fase diagnostica	5,17
Fase trattamento	7,29
Ri-valutazione	2,91

2015 Tests effettuati in fase diagnostica su pazienti F90.0

Test	Percentuale sul totale delle prestazioni
WISC	32,16%
Esame Psicodiagnostico	8,61%
Es. Psicomotorio	5,50%
Osservazione libera	5,25%
BIA	4,23%
Disegno famiglia	2,29%
TOL	1,63%
CAT	1,58%
Disegno persona	1,58%
Disegno albero	1,38%
BVN	1,27%
Griffiths	1,17%
Conners	0,82%
TPV	0,82%
Fig. Compl. Ray	0,66%
K-sads	0,36%
Leiter	0,31%
Brown	0,25%
CDI	0,20%
CBCL	0,20%

2015 Clinical Global Impression su pz F90.0

CGI-S (baseline)	N. assoluto
1. Normale	32
2. Borderline	113
3. Sintomi lievi	449
4. Sintomi evidenti	766
5. Sintomi importanti	197
6. Patologia evidente	71
7. Patologico	36

CGI-I (Improvement)	N. assoluto
Migliorato	5
Lievemente migliorato	14
Nessuna modifica	17
NP (percorsi non ancora chiusi)	2885

THOSE STUDENTS WITH ATTENTIONAL DISORDER? A SURVEY CARRIED OUT IN SCHOOLS.

Antonini A.* Cacciola B.*, Vizzotto V.*, Di Muria C.** Guccione F.***

*Psychology

**Educational Psychologist

***Child Neuropsychiatry, ASL NO

**Studio che ha coinvolto circa 2000 studenti
della scuola primaria e secondaria del VCO e di Novara**

**FEMMINE 6-11 ANNI
DISATTENZIONE**



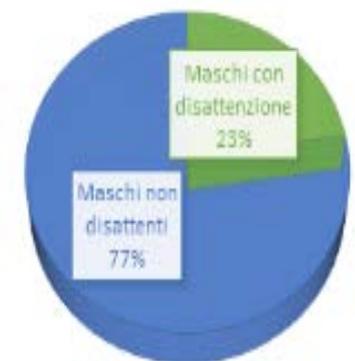
**FEMMINE 12-14 ANNI
DISATTENZIONE**



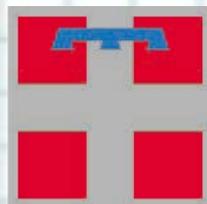
**MASCHI 6-11 ANNI
DISATTENZIONE**



**MASCHI 12-14 ANNI
DISATTENZIONE**

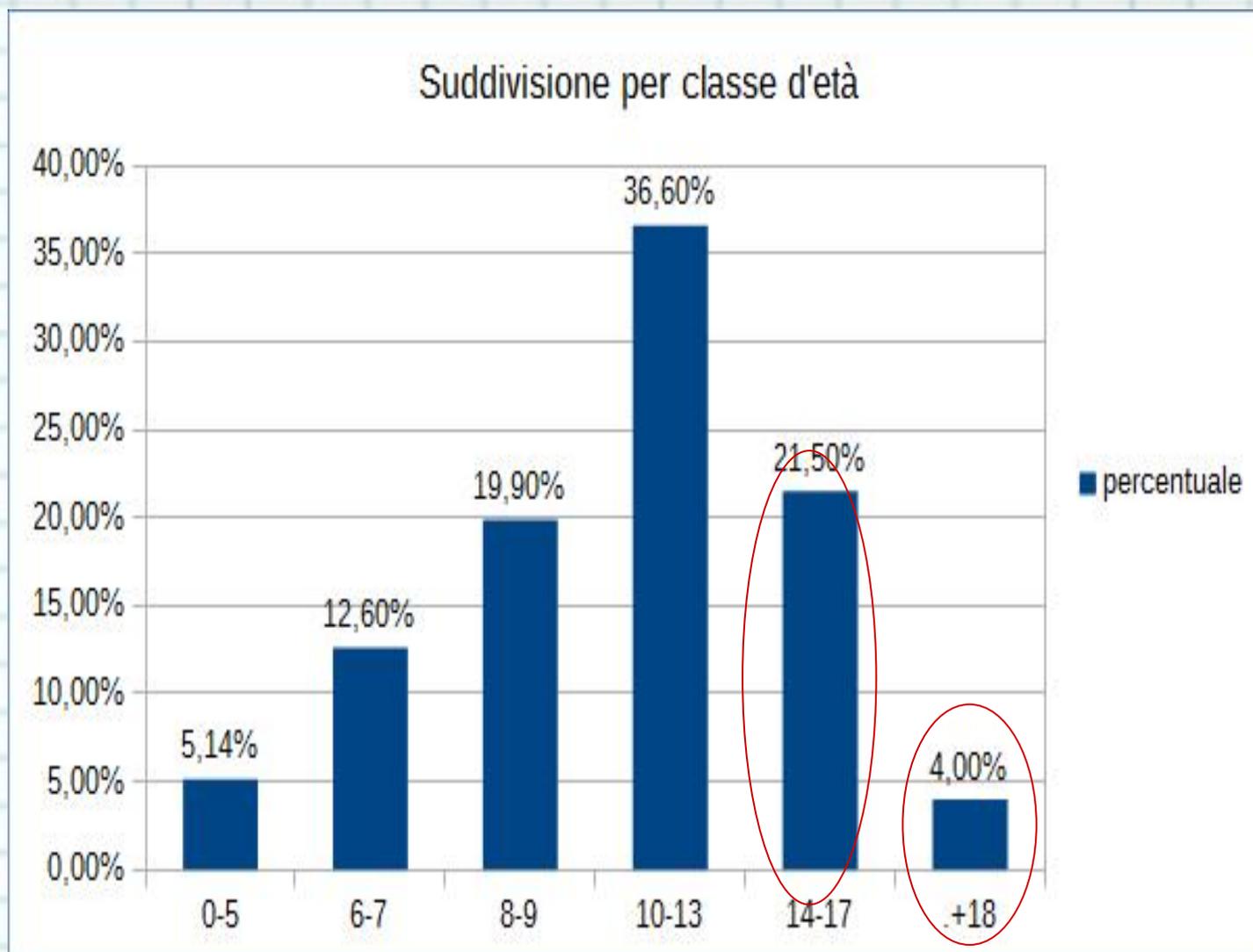


**Tra il 15 e il 22%
degli studenti presentavano difficoltà attentive**



REGIONE PIEMONTE

Pazienti in carico 2012 F 90 - F 90.9





Reports

Profilo: Centro

I dati sono aggiornati alle ore 13:37:57 di Lunedì, 12 Dicembre 2016

Pazienti per età e sesso

Selezionare la regione ▼

Classe d'età *	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
6 - 7 anni	722	88.7	92	11.3	814	100.0
8 - 9 anni	895	87.3	130	12.7	1025	100.0
10 - 13 anni	1319	88.9	165	11.1	1484	100.0
14 - 17 anni	521	88.9	65	11.1	586	100.0
Totale	3457	88.4	452	11.6	3909	100.0

Pazienti per età e sesso Piemonte

Selezionare la regione ▼

Classe d'età *	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
6 - 7 anni	79	89.8	9	10.2	88	100.0
8 - 9 anni	74	90.2	8	9.8	82	100.0
10 - 13 anni	145	88.4	19	11.6	164	100.0
14 - 17 anni	71	92.2	6	7.8	77	100.0
Totale	369	89.8	42	10.2	411	100.0



Reports

Profilo: Centro

I dati sono aggiornati alle ore 17:35:26 di Lunedì, 12 Dicembre 2016

Reports

Profilo: Centro

I dati sono aggiornati alle ore 13:37:57 di Lunedì, 12 Dicembre 2016

Pazienti per età e terapia prescritta
Piemonte

N. pazienti registrati: 356

Classe d'età *	Atomoxetina		Metilfenidato		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
6 - 7 anni	6	7.1	79	92.9	85	100.0
8 - 9 anni	7	8.8	73	91.3	80	100.0
10 - 13 anni	18	13.8	112	86.2	130	100.0
14 - 17 anni	7	11.5	54	88.5	61	100.0
Totale	38	10.7	318	89.3	356	100.0

Pazienti arruolati per Centro

N. pazienti arruolati: 2241

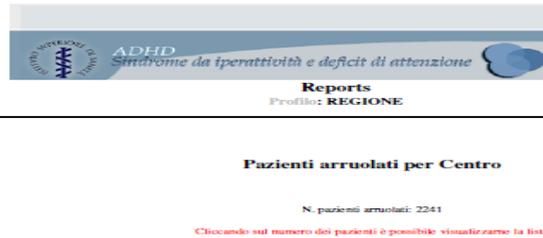
[Cliccando sul numero dei pazienti   possibile visualizzare la lista](#)

Centro	N.	%
ASLCN1 - SAVIGLIANO - SC DI NEUROPSICHIATRIA INF	154	3,9%
ASL TO1 TORINO - S.C. DI NPI	71	1,8%
ASL NO Borgomanero - SC DI NPI	69	1,8%
ASO AL "SS ANTONIO, BIAGIO E C. ARRIGO"	33	0,8%
ASL TO3 Pinerolo - SC DI NPI	13	0,3%
OIRM S.ANNA DIP NEUROPSICH INF.	5	0,1%
ASO Maggiore della Carit� NO - SC di NPI	2	0,1%
	totale	347
		100%
<i>Pazienti piemontesi arruolati da altri centri</i>		<i>9</i>

Reports

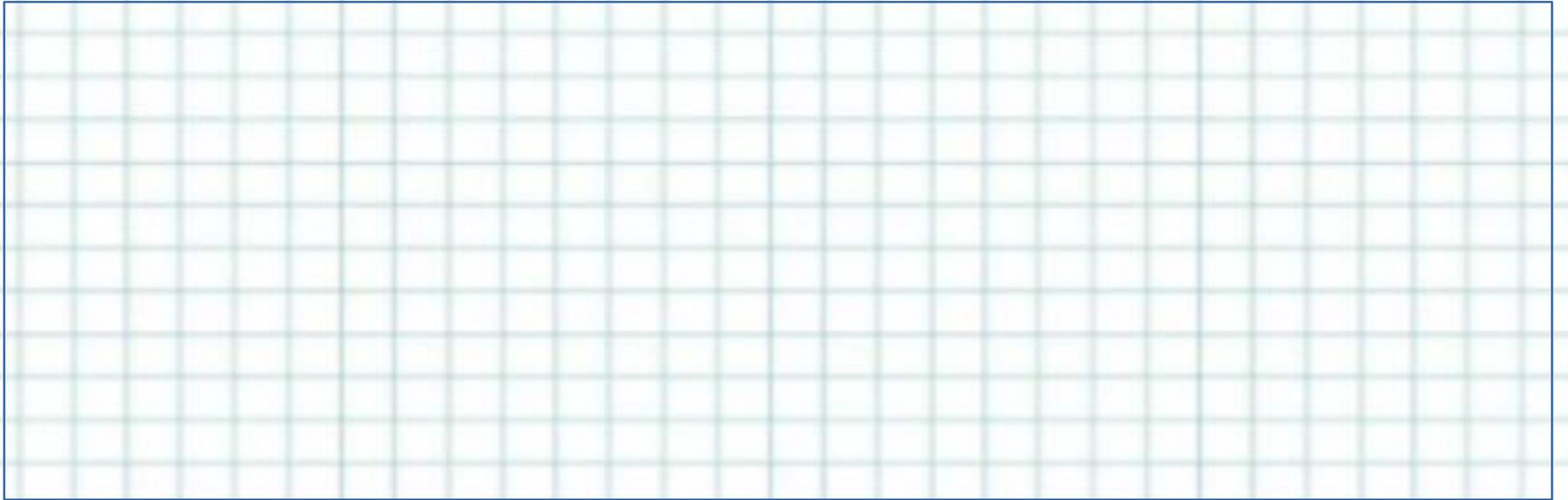
Profilo: Centro

I dati sono aggiornati alle ore 17:51:41 di Lunedì, 12 Dicembre 2016



Pazienti arruolati nel 2015

Centro	N.
ASLCN1 - SAVIGLIANO - SC DI NEUROPSICHIATRIA INF	88
ASL NO - BORGOMANERO - S.C. DI NPI	18
ASL TO5 PINEROLO - S.C. DI NPI	13
ASLTO1 TORINO - S.C DI NPI	11
ASO AL "SS ANTONIO, BIAGIO E C. ARRIGO"	-
OIRM S.ANNA DIP NEUROPSICH INF.	-
ASO Maggiore della Carit� NO - SC di NPI	-
	129





SENSIBILITA' DIAGNOSTICA

nella provincia di Novara

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

Gior Neuropsych Età Evol 2015;35:18-26

SENSIBILITA' DIAGNOSTICA

Qual'è il pensiero soggettivo degli operatori addetti alla diagnosi ?

- punti di forza
- punti di debolezza
- modalità operative utilizzate per pervenire ad un corretto inquadramento diagnostico.

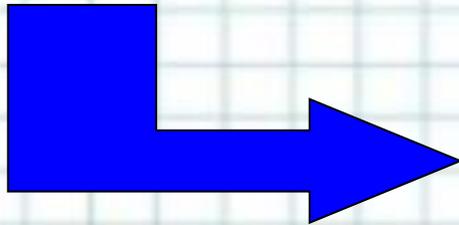
intervista individuale
a ciascun operatore del Servizio di NPI

- *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 di un audit interno.*

ASL Novara SC di NPI

4 sedi:

- 3 distrettuali
- 1 ospedale/territorio



Centro Rif ADHD:

- 1 NPI
- 2 psicologhe volontarie

- 7 Neuropsichiatri Infantili
 - 14 psicologhe
 - Colleghi con esperienza nella diagnosi e cura nei servizi territoriali di NPI.
 - formazione prevalentemente psicodinamica (20 su 21)
- } 36 - 60 anni (media 52,5).

ASL Novara SC di NPI

- Popolazione 0 - 17 di **58.288** unità (29.863 maschi, 28.425 femmine) pari a 15,9 % della popolazione generale
- Nel 2013
 - **1036** nuove cartelle 1,77% pop. 0-17
 - **3185** casi in carico 5,4% pop 0-17
 - **948** diagnosi.

diagnosi formulate nel 2013

DIAGNOSI – Codice ICD10	N. Assoluto e percentuale
DSA F81-F82	485 (51,6%)
Capacità cognitive al limite R 41.8	102 (10,7%)
Disturbi del linguaggio F80-F80.9	65 (6,8%)
S. Ipercinetiche F90-F90.9	57 (6%) 0,09%
Emicrania e Cefalea G43-G44	38 (4%)
Ritardo mentale F70-F79	30 (3,1%)
Epilessia G40-G40.9	9 (0,9%)
D. Sfera emozionale con esordio prima infanzia F93	8 (0,8%)
D. Misti della condotta e della sfera emozionale F92	7 (0,7%)
Altre diagnosi	131 (13,8%)

1. pensiero soggettivo sull'ADHD

- *il disturbo da deficit di attenzione iperattività(ADHD) ha una sua identità diagnostica?:*
- *Se si, considera il disturbo a genesi:*
 - *prevalentemente neurobiologica,*
 - *prevalentemente psicorelazionale,*
 - *prevalentemente educativa"*
- *In caso di sospetto ADHD ha richiesto la consulenza di specialisti del settore*
- *Corsi di formazione ?*
- *Convegni?*

“Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività ha una sua identità diagnostica?”

- Si 70%;
- No 30%

- prevalentemente neurobiologica?
- prevalentemente psicorelazionale?
- prevalentemente educativa?

- 58,3% neurobiologica
- 33% psicologico-relazionale
- 8,3% inadeguato supporto educativo

accanto al 30% degli operatori che non considerano l'ADHD con un identità diagnostica a sè stante, ci sia un altro 30%, che pur attribuendole un'identità ritengono l'eziologia del disturbo non di origine neurobiologica

commenti all'intervista

- Uno psicologo *" la situazione che vive il ragazzo porta a sviluppare i sintomi dell'iperattività, ma sono sintomi non un disturbo neurobiologico a sè".*
- Un altro *"La famiglia e le dinamiche di essa influenzano i comportamenti, che sfoceranno in un disturbo oppostivo-provocatorio, non nell'ADHD".*
- Un neuropsichiatra infantile *" gli interventi psicoeducativi sono la soluzione all'iperattività e alla disattenzione perché è in quell'area che deve essere ricercata la causa".*
- *"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"*
- *"il mio orientamento, psico-analitico, non mi permette di riconoscere nell'ADHD una malattia organica""dalla mia esperienza il disturbo puro non esiste".*

" 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?"

- 53% diagnosi autonomamente.
- 47% inviare i casi al centro di riferimento, non solo per una conferma diagnostica ma per effettuare gli specifici approfondimenti testistici.

- 63% degli operatori ha partecipato ad almeno un convegno sull'argomento negli ultimi 5 anni,
- 36% ha partecipato a convegni e/o a corsi specifici sull'ADHD.

2. Percorso diagnostico

- 88 pazienti: *motivo di invio "disturbo del comportamento"*

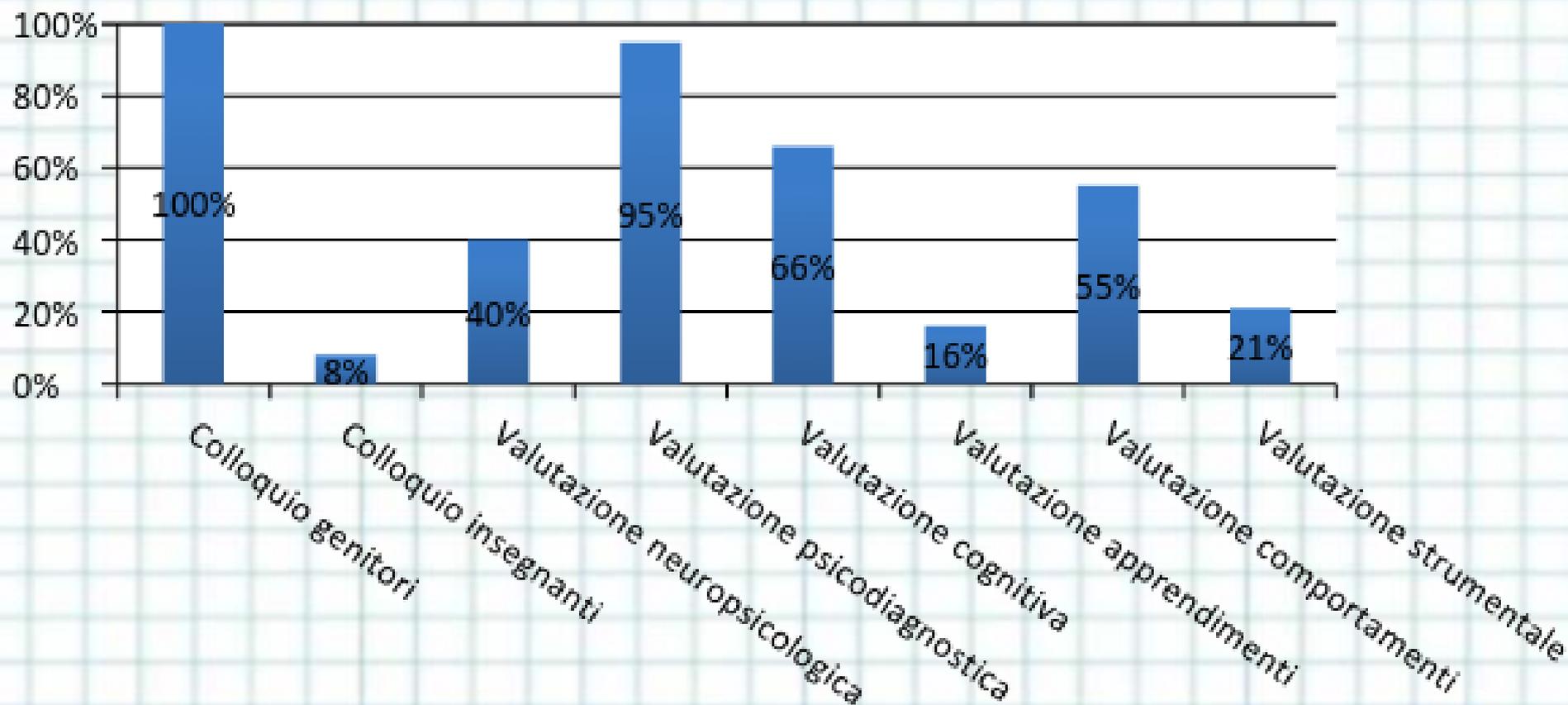
poi diagnosticati:

- 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"*

In riferimento al caso XX:

- *Quale percorso diagnostico ha ritenuto opportuno seguire? .*
- *Quali tests e strumenti diagnostici*
- *Quante sedute?*

2. percorso diagnostico



percorso diagnostico

- **100% colloqui coi genitori**
- **8% dei casi sono stati incontrati o contattati preliminarmente gli insegnanti**
- **95% valutazione psicodiagnostica:**
 - 33% Colloquio Psicodiagnostico,
 - 29% Disegni liberi e strutturati,
 - 13% Favole di Duss,
 - 10% Test di Rorschach,
 - 8% K-SADS,
 - 5% Test di Blacky,
 - 2% TAT.
- **40% valutazione neuropsicologica:**
 - 58% Test delle Campanelle,
 - 40% Continuous Performing Test
 - 2% le MFFT (Matching Familiar Figure Test).
- **66% valutazione cognitiva.**
- **16% valutazione degli apprendimenti**
- **55% valutazione dei comportamenti:**
 - 75% Conner'S Scale,
 - 17% Sdal e SdaG
 - 7% Child Behavior CheckList (CBCL)
 - 1% CGI Clinical Global Impression.

45% non ha beneficiato di una valutazione specifica dei comportamenti.

vengono privilegiate

- colloquio anamnestico,
- valutazioni psicodiagnostiche
- cognitive,

- ***a discapito di osservazioni nelle aree comportamentali, neuropsicologiche e degli apprendimenti.***

- **Non è possibile formulare un'interpretazione univoca**
Destano interesse alcuni elementi:
 - formazione prevalente di tipo psicomotorio
 - età media di circa 52 anni.
- **Valutazioni in autonomia, senza confronto**
- **Nella diagnosi raramente effettuati tests nelle aree comportamentali, neuropsicologiche e degli apprendimenti.**
- **Modificazioni culturali/scientifiche:**
 - Neuroscienze;
 - Neurobiologia;
 - DSM 5: cluster del Neurosviluppo approccio dimensionale

Obiettivi Raggiunti

- UNIFORMITA' IN AMBITO REGIONALE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO
- SOGGETTI DIAGNOSTICATI IN CRESCITA LENTA E COSTANTE
- SUPERATO L'STRACISMO NEI CONFRONTI DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE
- ADEGUATO MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TERAPIA FARMACOLOGICA
- OPERA DI FORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE NEI CONFRONTI DEL TERRITORIO
- INIZIATIVE INFORMALI PRIVATE CHE SI AFFIANCANO ALLE ATTIVITA' DEI CENTRI (collaborazione con associazionismo Parent e Teacher training)

Obiettivi Raggiunti

- IN PIEMONTE L'ATTIVITA' DEI CENTRI DI RIFERIMENTO E' FUNZIONANTE E OPERATIVA IN 5 CENTRI SU 7.
- I CENTRI, PUR CON DIFFICOLTA', RISPONDONO OGGI CORRETTAMENTE ALLE RICHIESTE D INTERVENTO
- AVVENGONO REGOLARI INCONTRI DI CONFRONTO TRA I CENTRI
- ISTITUZIONE DEI CENTRI DI RIFERIMENTO PER L'ADULTO IN STRETTA COLLABORAZIONE CON I SERVIZI DELL'ETA' EVOLUTIVA

Potenzialità inesprese

- Assenza di qualsiasi supporto (economico, logistico, personale)
- Le attività dei centri sono "un surplus" rispetto alle attività istituzionali dei servizi
- Funzionalità dei centri demendata alla sensibilità, disponibilità e volontà dei singoli operatori.
- Difficoltà alla collaborazione da parte dei Medici di base (prescrittive).
- Ancora limitata sensibilità diagnostica nei servizi territoriali
- Ancora scarsa disponibilità di terapie NON farmacologiche