

Terapie farmacologiche per l'ADHD In Sardegna



Alessandro Zuddas

Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica
Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Cagliari

Ospedale Pediatrico "A. Cao", AO "G.Brotzu", Cagliari



DETERMINAZIONE N. 1362 DEL 22 settembre 2005

OGGETTO : Individuazione Centri di riferimento per la diagnosi e il piano terapeutico di medicinali a base di metilfenidato per la terapia dei "Disturbi dell'attenzione con o senza iperattività (ADHA) e Narcolessia".

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

DETERMINA

- Art. 1)** Sono individuati quali Centri di Riferimento per la prescrizione di farmaci a base di metilfenidato secondo le indicazioni e con le modalità previste nel D.M. 22 luglio 2003:
- la Clinica di Neuropsichiatria infantile dell'Università degli Studi di Cagliari, operante nel P.O. S.Giovanni di Dio dell'Azienda USL 8 di Cagliari. La responsabilità della prescrizione di farmaci a base di metilfenidato per la terapia dei disturbi dell'attenzione con o senza iperattività (ADHA) e narcolessia è affidata al Prof. Alessandro Zuddas;
 - l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Sassari, operante presso il Presidio Ospedaliero SS. Annunziata dell'Azienda USL 1 di Sassari, il cui direttore è il Prof. Massimo Tondi.
- Art. 2)** E' individuato inoltre, come richiesto dall'Istituto Superiore di Sanità, la Clinica di Neuropsichiatria infantile, operante nel P.O. S.Giovanni di Dio dell'Azienda USL 8 di Cagliari, quale struttura di riferimento per il Registro Nazionale di monitoraggio dell'ADHD, con compiti di coordinamento e raccordo con le altre strutture individuate. Il Prof. Alessandro Zuddas è responsabile di tutti gli adempimenti previsti.
- Art. 3)** Le prime prescrizioni con farmaci a base di metilfenidato, come specificato nelle Procedure Operative del Registro curate dall'Istituto Superiore di Sanità, devono essere effettuate dal Neuropsichiatra dei Centri di Riferimento sopraindividuiati, tali Centri ne valuteranno efficacia e tollerabilità per almeno il primo mese di trattamento.
- Art. 4)** Successivamente le prescrizioni potranno essere effettuate dal Neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o dal Pediatra di libera scelta che dovrà essere sempre tenuto informato.
- Art. 5)** Il paziente dovrà essere ricontrollato presso il Centro di riferimento dopo 6, 12, 18 e 24 mesi dall'inizio della terapia con farmaci a base di metilfenidato, annualmente inoltre dovrà essere verificata l'opportunità di interruzione temporanea o definitiva della terapia.
- Art. 6)** Sarà cura dei Centri di cui all'art. 1 e delle Aziende Sanitarie cui tali Centri fanno capo, coordinarsi per la presa in carico del paziente con il Neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, a cui comunque rimane la titolarità del caso, e con il pediatra di libera scelta del paziente.
- Art. 7)** L'Assessorato provvederà a modificare e/o integrare l'elenco dei Centri autorizzati ove necessario.



Oggetto: Individuazione dei centri specialistici di riferimento per la diagnosi e il piano terapeutico di medicinali a base di metilfenidato e atomoxetina.

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

DETERMINAZIONE N. 1007 DEL 13 dicembre 2007

Art. 1) Sono individuati quali Centri di Riferimento per la prescrizione di farmaci a base di metilfenidato e atomoxetina per le indicazioni autorizzate e con le modalità previste dalla normativa vigente:

- L'U.O. Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari, diretto dal Prof. Alessandro Zuddas; Il Centro è ubicato c/o la Clinica di Neuropsichiatria infantile del P.O. S. Giovanni di Dio, via Ospedale 46, Cagliari;
- L'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari, diretto dal Prof. Massimo Tondi; Il Centro è ubicato c/o il Policlinico Sassarese, viale Italia 11, Sassari

Art. 2) E' individuato inoltre, come richiesto dall'Istituto Superiore di Sanità, il Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari, quale struttura di riferimento per il Registro Nazionale di monitoraggio dell'ADHD, con compiti di coordinamento e raccordo con le altre strutture autorizzate. Il Prof. Zuddas è responsabile di tutti gli adempimenti previsti.

Art. 3) Le prime prescrizioni di medicinali a base di metilfenidato e atomoxetina, come specificato nelle Procedure Operative del Registro curate dall'Istituto Superiore di Sanità, devono essere effettuate dal Neuropsichiatra dei Centri di Riferimento sopraindividuiati. I Centri sono tenuti all'iscrizione dei pazienti nel Registro Nazionale e alla valutazione dell'efficacia e tollerabilità per almeno il primo mese di trattamento.

Art. 4) Successivamente le prescrizioni potranno essere effettuate dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale che hanno in carico il paziente.

Art. 5) Il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, il pediatra di libera scelta e il medico di medicina generale che prescrivono tali medicinali, sulla base del piano terapeutico dei centri di riferimento, sono tenuti a inserire nel registro tutti i dati di follow-up utili alla valutazione dell'efficacia e tollerabilità di metilfenidato e atomoxetina.

Art. 6) Il paziente dovrà essere ricontrollato presso il Centro di riferimento dopo 6, 12, 18 e 24 mesi dall'inizio della terapia, annualmente inoltre dovrà essere verificata l'opportunità di interruzione temporanea o definitiva della terapia.

Art. 7) Sarà cura dei Centri di cui all'art. 1 e delle Aziende Sanitarie cui tali Centri fanno capo, coordinarsi per la presa in carico del paziente con il Neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, con il pediatra di libera scelta del paziente o con il medico di medicina generale a cui comunque rimane la titolarità del caso.

Art. 8) L'Assessorato provvederà a modificare e/o integrare l'elenco dei Centri autorizzati ove necessario.

Art. 9) La presente determinazione sostituisce integralmente la determinazione n. 1362 del 22 settembre 2005.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

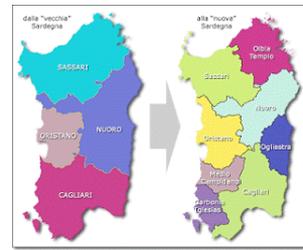
PROT. N. 15030 DETERMINAZIONE N. 576 del 17 giugno 2015

Oggetto: Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei medicinali RITALIN® (Metilfenidato) STRATTERA® (Atomoxetina) per il trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'adulto.

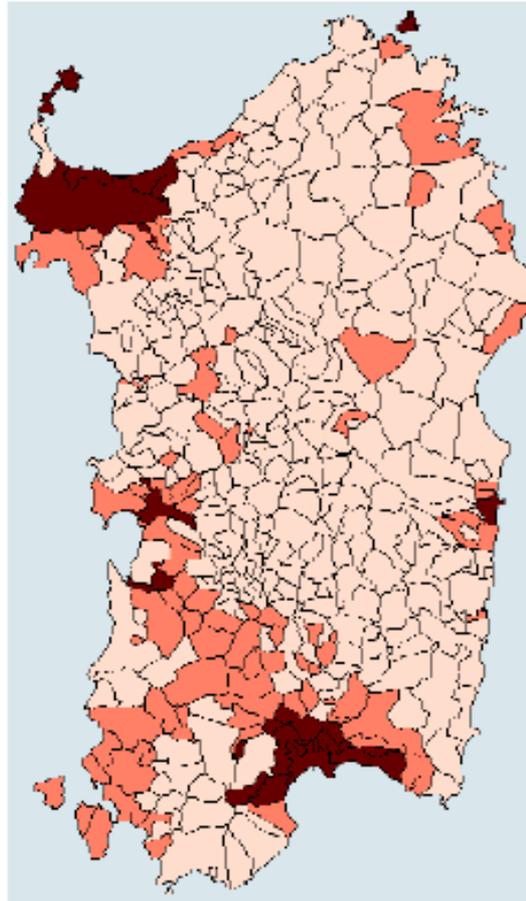
DETERMINA

- ART. 1 Di individuare quali centri autorizzati alla prescrizione dei medicinali RITALIN® (Metilfenidato) e STRATTERA® (Atomoxetina) per il trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'adulto il 2° Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) del P.O. SS. Trinità della ASL 8 Cagliari e il Servizio di Psichiatria c/o ex P.O. San Camillo della AOU Sassari.
- ART. 2 Ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, i Centri dovranno compilare la scheda di arruolamento informatizzata per la raccolta dati che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up.
- ART. 3 Ai fini del monitoraggio dell'accuratezza diagnostica i Centri dovranno inserire nel Registro i dati previsti dal Protocollo diagnostico e Terapeutico della Sindrome da iperattività e deficit di attenzione.
- ART. 4 I Centri autorizzati dovranno operare in stretta sinergia con la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza del P.O. Microcitemico ASL 8 Cagliari e con la Neuropsichiatria infantile della AOU di Sassari, in qualità di Centri autorizzati alla diagnosi e piano terapeutico di medicinali a base di Metilfenidato e Atomoxetina nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti;
- ART. 5 Sarà cura dei Centri di cui all'art. 1 e delle Aziende Sanitarie cui tali Centri fanno capo, coordinarsi per la presa in carico del paziente con gli specialisti psichiatri delle strutture territoriali e con il medico di medicina generale

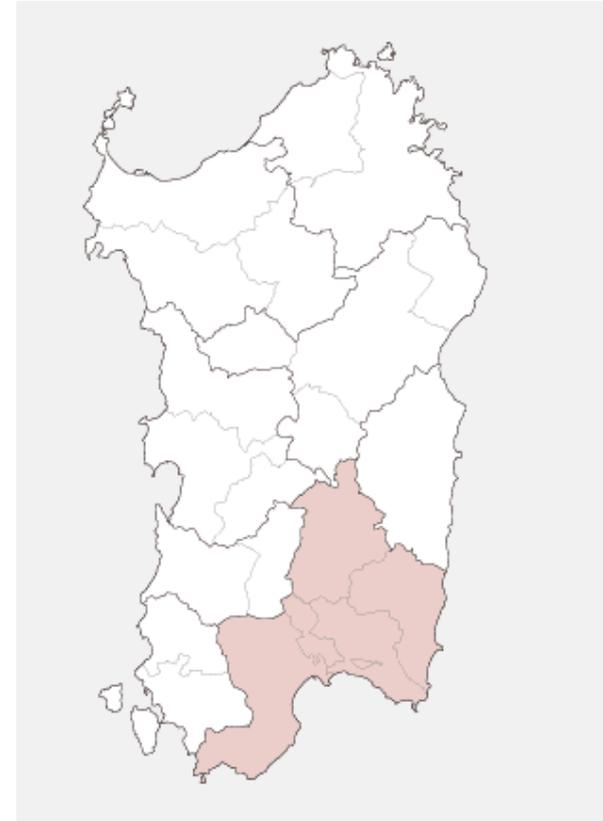
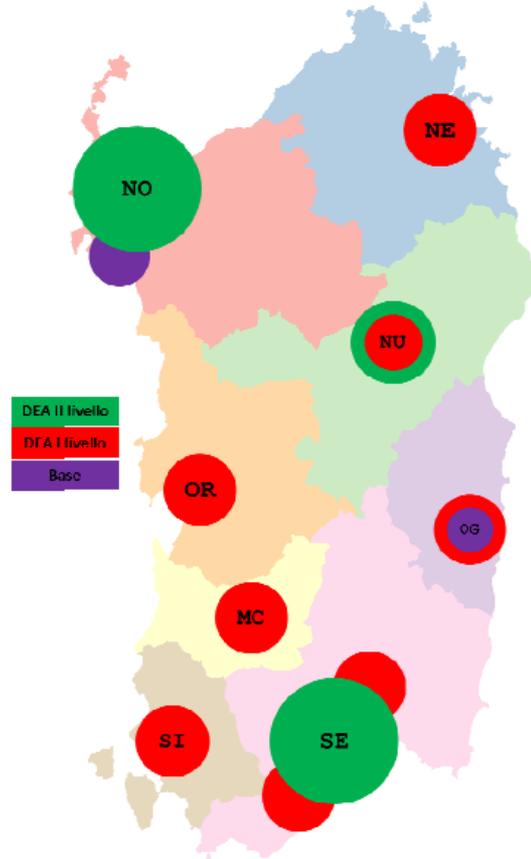
Articolazione organizzativa della Sanità in Sardegna



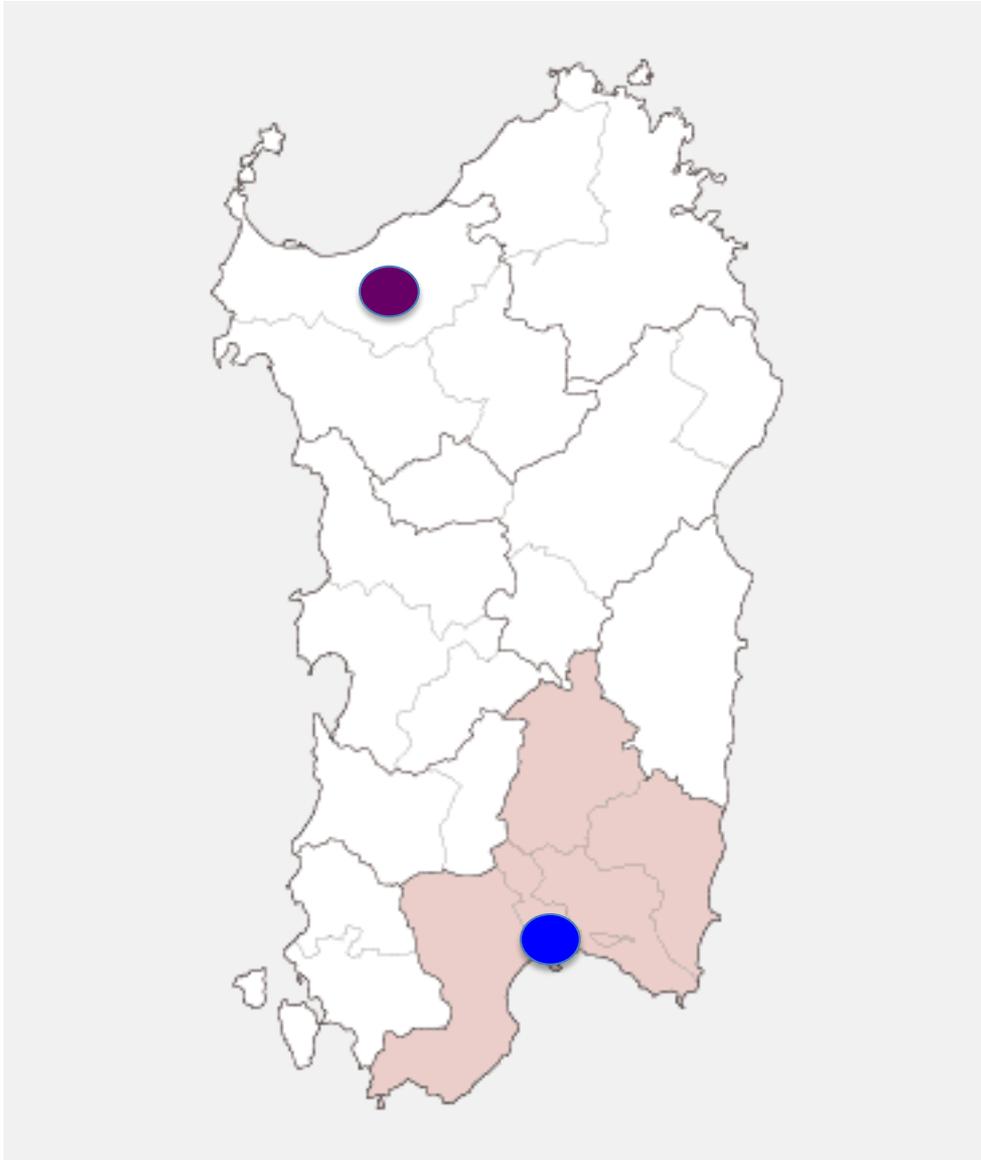
Regione Autonoma della Sardegna
Distribuzione per comune densità abitativa (ab/km²)



0,1 - 100
 101 - 200
 201 - 1000
 > 1000



Articolazione gestione farmacologica dell'ADHD in Sardegna



Centro di riferimento AOU Sassari

57 soggetti attualmente in terapia farmacologica

Centro di riferimento AO "Brotzu" (ex AOU, ex ASL8) Cagliari

273 soggetti attualmente in terapia farmacologica

80-100 nuove prescrizioni all'anno
150 in lista d'attesa

Articolazione gestione farmacologica dell'ADHD in Sardegna

Centro di riferimento AOU Sassari

ASL 1 Sassari 4 NPI

ASL 2 Olbia 3 NPI

ASL 3 Nuoro 1NPI (+3 NPI)

ASL 4 Oristano 2 NPI +3 NPI

(ASL 5 Lanusei 2 NPI)

ASL 6 Medio Campidano
2 NPI (+1NPI)

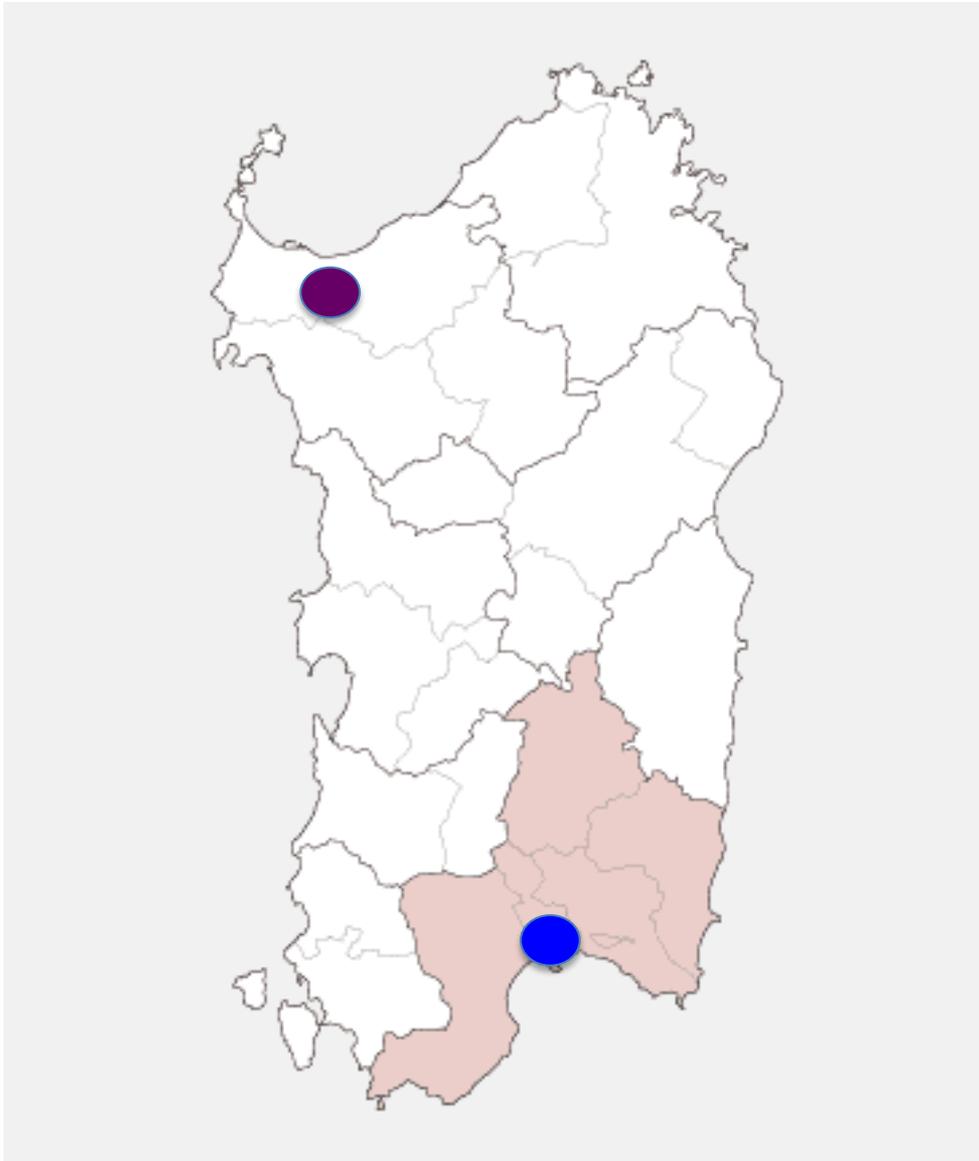
ASL 7 Carbonia Iglesias
1 NPI (+1NPI)

CTR Alghero (ASL 1)

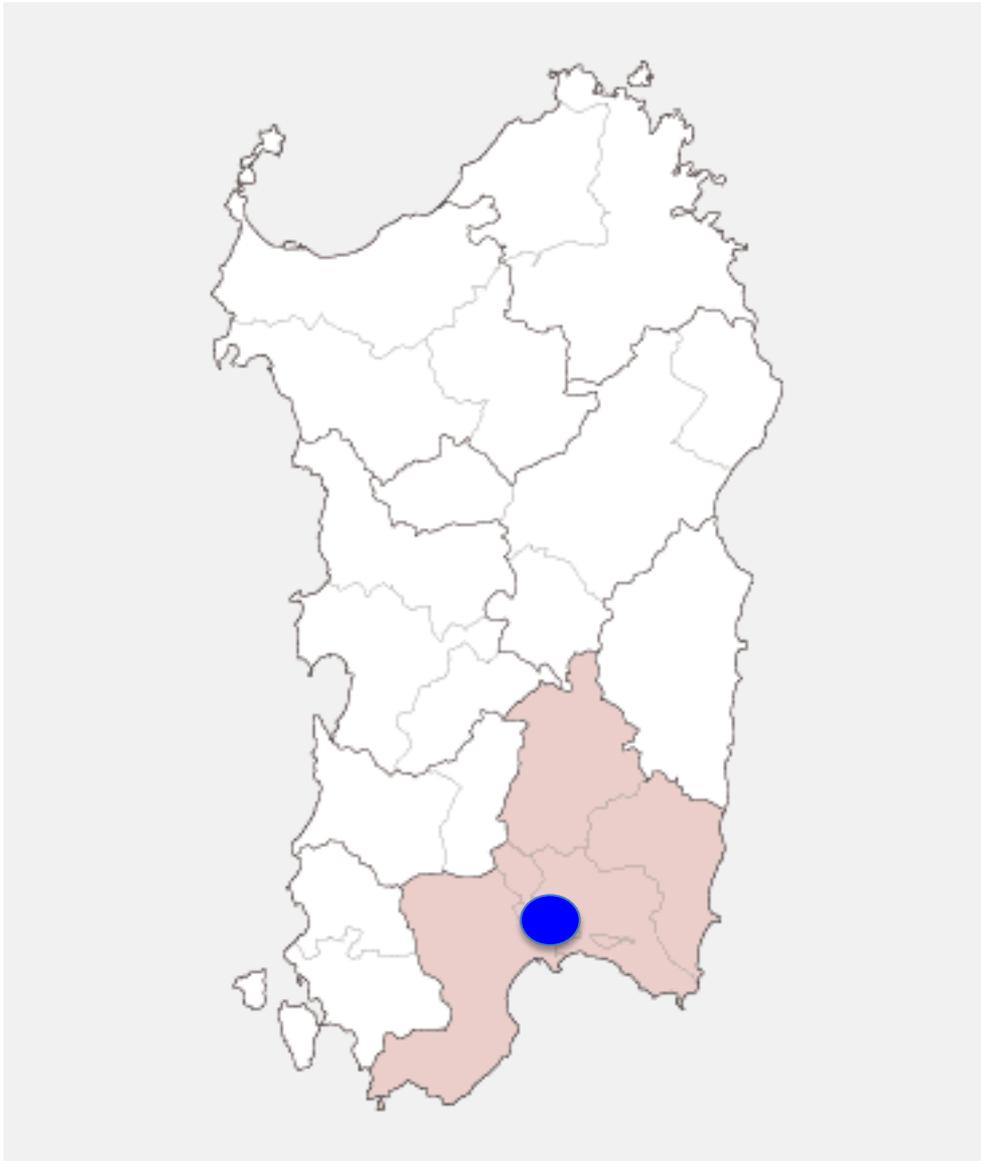
CTR Villacidro- Sanluri (ASL 6)

CTR Carbonia (ASL 7)

Centro di riferimento AO "Brotzu" Cagliari



Articolazione gestione farmacologica dell'ADHD in Sardegna



ASL 8 Cagliari

Distretto **Assemini** 2 NPI (+1NPI)

Distretto **Quartu** 2 NPI (+1NPI)

Distretto **Sarrabus** 1 NPI

Distretto **Senorbì-Isili** 2 NPI

Distretto Cagliari (+5 NPI)

CTR Cagliari (ASL 8)

LOGOS Cagliari (ASL 8)

Centro di riferimento AO "Brotzu" Cagliari

Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

Ricoveri DH

Codice DRG	Denominazione DRG	N pazienti	N. ingressi	media n. ingressi
431	Disturbi Mentali dell'infanzia	495	702	1,4
26	Convulsioni e cefalea < 18 anni	335	395	1,2
430	Psicosi	163	299	1,8
429	Disturbi organici e ritardo mentali	56	82	1,5
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	43	62	1,4
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	38	76	2,0
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	29	41	1,4
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	20	34	1,7
426	Nevrosi depressive	7	11	1,6
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	6	7	1,2
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	5	6	1,2
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	4	4	1,0
390	Neonati con altre affezioni significative	4	4	1,0
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3	4	1,3
48	Altre malattie dell'occhio < 18 anni	2	3	1,5
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza tp riabilitativa senza CC	2	3	1,5
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2	2	1,0
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	1	2	2,0
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola	1	2	2,0
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1	2	2,0
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1	1	1,0
TOTALI		1218	1742	1,4

Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

Ricoveri Ordinari

Codice DRG	Denominazione DRG	N ricoveri	Giorni Degenza	GG Degenza Media	gg Degenza Media Naz
431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	68	685	10,1	5.8
430	PSICOSI	49	487	9,9	13.7
26	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ < 18 ANNI	43	218	5,1	3
428	DISTURBI DELLA PERSONALITÀ E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	21	320	15,2	14.1
427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	13	130	10,0	7.7
35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	6	16	2,7	
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	6	44	7,3	8.4
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	5	20	4	9.0
425	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	4	13	3,25	6.5
426	NEVROSI DEPRESSIVE	3	20	6,7	8.5
432	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	2	32	16	
523	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI SENZA TERAPIA RIABILITATIVA SENZA CC	2	11	5,5	6.7
45	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	2	6	3	6
34	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	1	3	3,0	
9	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1	11	11,0	
65	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	1	3	3,0	
14	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	1	1	1	
	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	1	4	4	8.9
Totali		229	2024	8,8	

Tasso Occupazione // Indice Rotazione
92,4% // 38,1



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 24 aprile 2007

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85081

Art. 5.

Registro nazionale ADHD

Presso l'Istituto superiore di sanità è istituito il Registro nazionale ADHD.

Ai fini della prescrizione del farmaco i centri regionali di riferimento di cui all'art. 4 sono tenuti a trasmettere all'Istituto superiore di sanità i dati previsti dal «Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD» (allegato 1), che è parte integrante della presente determinazione. Tale programma è finalizzato al monitoraggio dell'accuratezza diagnostica dell'ADHD e dell'appropriatezza dell'eventuale terapia farmacologica con metilfenidato.

Eventuali modifiche ed aggiornamenti del protocollo saranno rese disponibili attraverso i siti web dell'AIFA e dell'Istituto superiore di sanità.

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

DETERMINAZIONE 19 aprile 2007.

Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano «Ritalin».
(Determinazione A.I.C./N n. 876).

DETERMINAZIONE 19 aprile 2007.

Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano «Strattera».
(Determinazione n. 437/2007).

Art. 6.

Monitoraggio

L'Istituto superiore di sanità trasmette semestralmente un rapporto sul programma di sorveglianza di cui al precedente art. 5 all'Agenzia italiana del farmaco, che assume le eventuali iniziative regolatorie.

L'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità attivano programmi di formazione per gli operatori sanitari e programmi di comunicazione per l'opinione pubblica.



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 24 aprile 2007

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85081

Art. 5.

Registro nazionale ADHD

Presso l'Istituto superiore di sanità è istituito il Registro nazionale ADHD.

Ai fini della prescrizione del farmaco i centri regionali di riferimento di cui all'art. 4 sono tenuti a trasmettere all'Istituto superiore di sanità i dati previsti dal «Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD» (allegato 1), che è parte integrante della presente determinazione. Tale programma è finalizzato al monitoraggio dell'accuratezza diagnostica dell'ADHD e dell'appropriatezza dell'eventuale terapia farmacologica con metilfenidato.

Eventuali modifiche ed aggiornamenti del protocollo saranno rese disponibili attraverso i siti web dell'AIFA e dell'Istituto superiore di sanità.

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

DETERMINAZIONE 19 aprile 2007.

Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano «Ritalin».
(Determinazione A.I.C./N n. 876).

DETERMINAZIONE 19 aprile 2007.

Autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano «Strattera».
(Determinazione n. 437/2007).

Art. 6.

Monitoraggio

L'Istituto superiore di sanità trasmette semestralmente un rapporto sul programma di sorveglianza di cui al precedente art. 5 all'Agenzia italiana del farmaco, che assume le eventuali iniziative regolatorie.

L'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità attivano programmi di formazione per gli operatori sanitari e programmi di comunicazione per l'opinione pubblica.

Di norma la farmacovigilanza attiva dura **DUE** anni

Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments

Edmund J.S. Sonuga-Barke, Ph.D. Chris Hollis, M.D.
 Daniel Brandeis, Ph.D. Eric Konofal, M.D., Ph.D.
 Samuele Cortese, M.D., Ph.D. Michel Lecendreux, M.D.
 David Daley, Ph.D. Ian C.K. Wong, Ph.D.
 Maite Ferrin, M.D., Ph.D. Joseph Sergeant, Ph.D.
 Martin Holtmann, M.D. European ADHD Guidelines
 Group
 Jim Stevenson, Ph.D. **Objective:** Nonpharmacological treat-
 ments are available for attention deficit
 hyperactivity disorder (ADHD), although
 their efficacy remains uncertain. The au-
 thors undertook meta-analyses of the
 efficacy of dietary (restricted elimination
 diets, artificial food color exclusions, and
 free fatty acid supplementation) and psy-
 chological (cognitive training, neurofeed-
 back, and behavioral interventions) ADHD
 treatments.
Method: Using a common systematic
 search and a rigorous coding and data
 extraction strategy across domains, the
 authors searched electronic databases to
 identify published randomized controlled
 trials that involved individuals who were
 diagnosed with ADHD (or who met a vali-
 dated cutoff on a recognized rating scale)
 and that included an ADHD outcome.

Results: Fifty-four of the 2,904 nondupli-
 cate screened records were included in
 the analyses. Two different analyses were
 performed. When the outcome measure
 was based on ADHD assessments by rat-
 ers closest to the therapeutic setting, all
 dietary (standardized mean differences=
 0.21-0.48) and psychological (standard-
 ized mean differences=0.40-0.64) treat-
 ments produced statistically significant
 effects. However, when the best probably
 blinded assessment was employed, effects
 remained significant for free fatty acid
 supplementation (standardized mean dif-
 ference=0.16) and artificial food color
 exclusion (standardized mean differ-
 ence=0.42) but were substantially attenu-
 ated to nonsignificant levels for other
 treatments.

Conclusions: Free fatty acid supplemen-
 tation produced small but significant re-
 ductions in ADHD symptoms even with
 probably blinded assessments, although
 the clinical significance of these effects
 remains to be determined. Artificial food
 color exclusion produced larger effects
 but often in individuals selected for food
 sensitivities. Better evidence for efficacy
 from blinded assessments is required
 for behavioral interventions, neurofeed-
 back, cognitive training, and restricted
 elimination diets before they can be
 supported as treatments for core ADHD
 symptoms.

Inclusion criteria

Age 3-18

Diagnosis ADHD (any subtype)

Symptom measured by validated rating Scale

Appropriate control group

Stable medication allowed (sensitivity analysis)

Rare comorbidity (i.e. Fragile X) excluded

Outcome measure : ADHD symptoms scale

Most proximal assessment

Probably blinding assessment

Study quality independently assessed

(Jadad et al. criteria for randomization,
blinding and missing data)

Misure di efficacia delle terapie

Effect Size

Differenza nei cambiamenti dal *baseline* tra **due trattamenti** (es. farmaco e placebo), **diviso la media delle dev. standard** (es. placebo e farmaco ad *end point*).

L'*effect size* standardizza le unità di misura nei diversi studi.

	Baseline	EndPoint
Trattamento A	38.5 ± 5.8	25.5 ± 4.2
Trattamento B	40.4 ± 6.1	32.7 ± 5.0

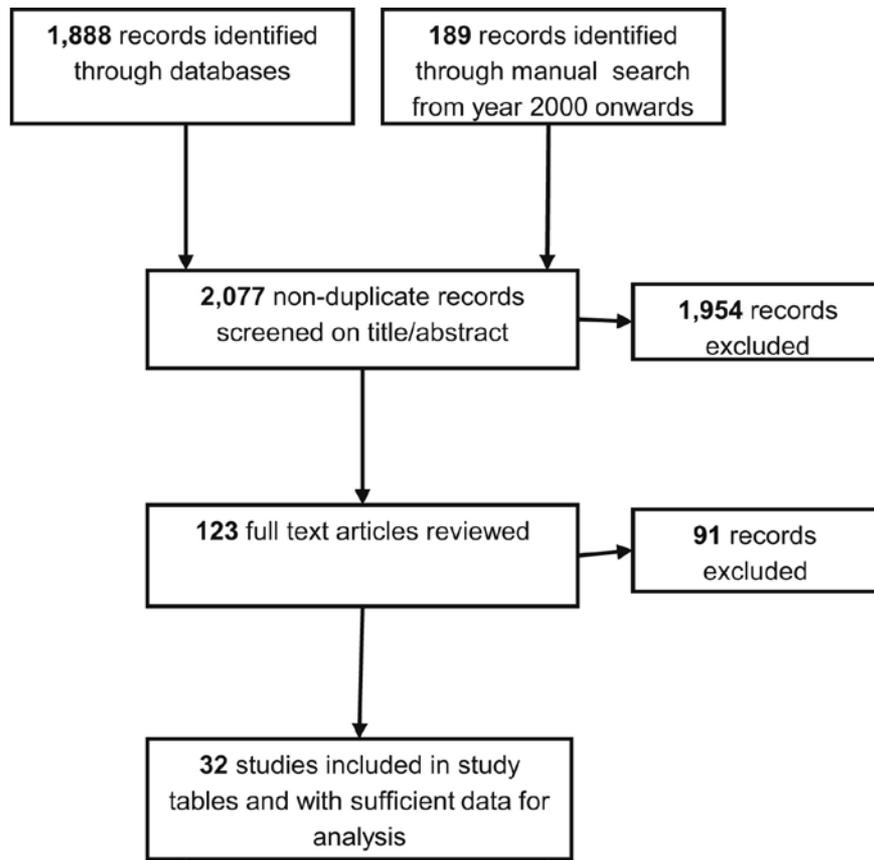
$$d = \frac{(38.5 - 25.5) - (40.4 - 32.7)}{(4.2 + 5.0)/2} = \frac{13.0 - 7.7}{4.6} = \mathbf{ES\ 1.1}$$

Secondo la definizione di Cohen, **ES > 0.2** è considerato **basso**, **ES > di 0.5** è considerato **medio**; **oltre 0.8** è considerato **alto**

<i>Intervention</i>	Most proximal assessment (SMD)	Probably blinding assessment (SMD)
Restricted Elimination Diet	1.48	0.51
Artificial food color exclusion	0.32	0.42
Free fatty acid supplementation	0.21	0.16
Cognitive training	0.64	0.24
Neurofeedback	0.59	0.29
Behavioral intervention	0.40	0.02

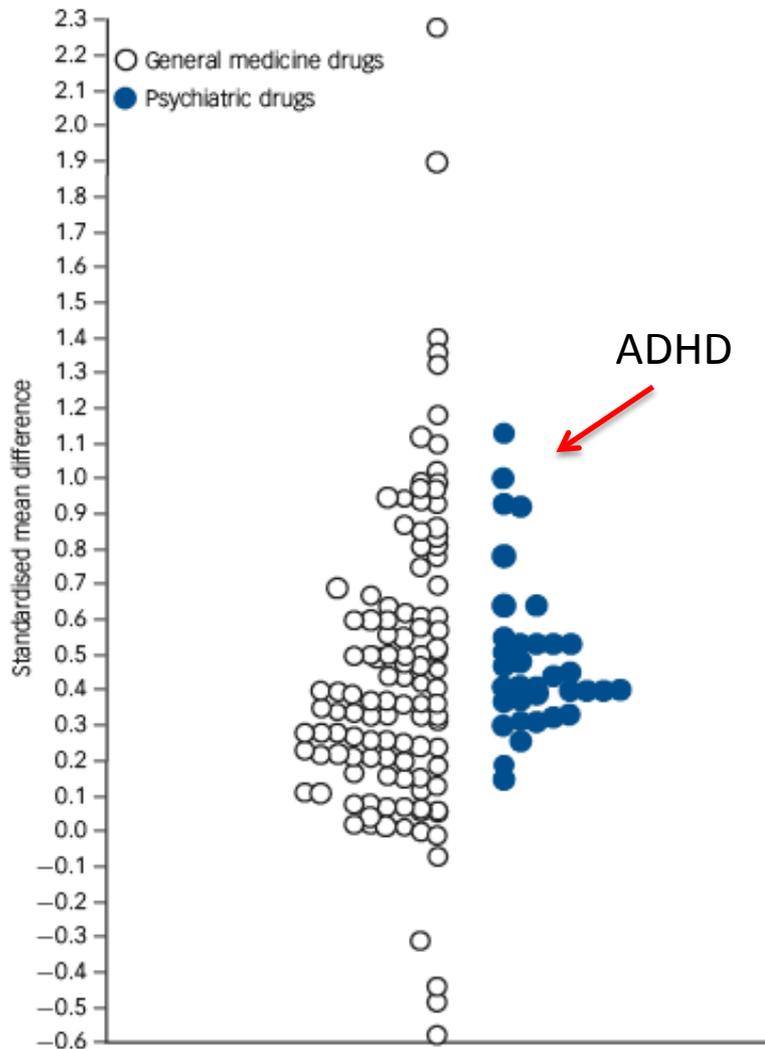
Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains.

Daley et al. *JAACAP* 2014



Dimension	MPROX	PBLIND
ADHD	0.35	0.02
Conduct problem	0.26	0.31
Social skills	0.47	
Academic Achievement	0.28	

Dimension	MPROX	PBLIND
Positive parenting	0.68	0.63
Negative parenting	0.57	0.43
Parental self-concept	0.37	
Parental Mental Health	0.09	



ES in General Medicine

Aspirine for prevention cardiovascular disease	0.06
Antypertensive on long term mortality	0.11
Corticosteroids for asthma	0.54
Antypertensive for high blood pressure	0.55
Interferone for Chronic Hepatitis C	2.27

ES in General (Adult) Psychiatry

SGA for schizophrenia (PANS)	0.51
SSRI for depression (HAMD)	0.32
SSRI/ Bdz for Panic	0.41
SSRI for OCD	0.44

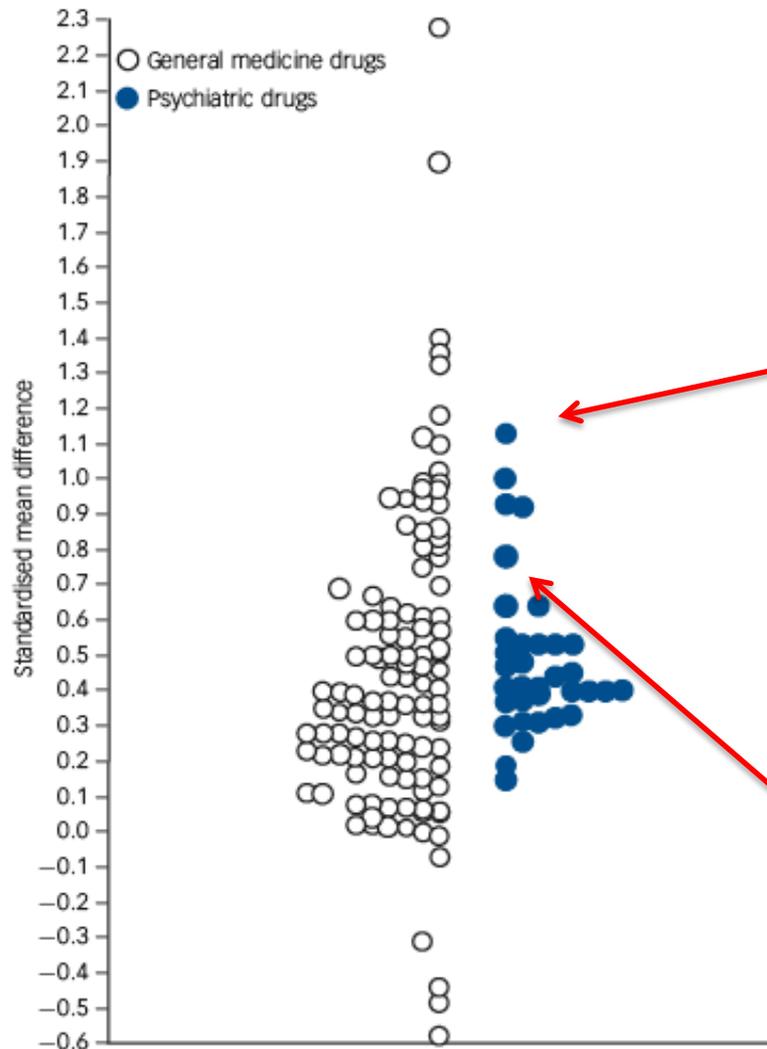
Fig. 1 Summary of effect sizes.

All effect sizes in online Tables DS3 and DS4 are presented except for duplicates (e.g. effect size on dichotomous response and continuous reduction of severity in schizophrenia). Online Fig. DS25 identifies which dot corresponds to which result, and Figs DS26–29 present the results of dichotomous outcomes as relative and absolute risk/responder differences. Data on older meta-analyses from Table DS1 are not included. Effect sizes of dichotomous outcomes were converted to standardised mean differences expressed as Hedges' *g*. Effect sizes of general medicine medication are presented on the left-hand side (median 0.37, mean 0.45, 95% CI 0.37–0.53) and psychiatric drugs on the right-hand side (median 0.41, mean 0.49, 95% CI 0.41–0.57).

Leucht et al.2012

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2012)
200, 97–106. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594



European, randomized, phase 3 study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder

David Coghill^{a,*}, Tobias Banaschewski^b, Michel Lecendreux^c, Cesar Soutullo^d, Mats Johnson^e, Alessandro Zuddas^f, Colleen Anderson^g, Richard Civil^g, Nicholas Higgins^g, Andrew Lyne^h, Liza Squires^g

Relapse Prevention in Pediatric Patients With ADHD Treated With Atomoxetine: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study

DAVID MICHELSON, M.D., JAN K. BUITELAAR, M.D., PH.D., MARINA DANCKAERTS, M.D., PH.D., CHRISTOPHER GILLBERG, M.D., PH.D., THOMAS J. SPENCER, M.D., ALESSANDRO ZUDDAS, M.D., DOUGLAS E. FARIES, PH.D., SHUYU ZHANG, M.S., AND JOSEPH BIEDERMAN, M.D.

Fig. 1 Summary of effect sizes.

All effect sizes in online Tables DS3 and DS4 are presented except for duplicates (e.g. effect size on dichotomous response and continuous reduction of severity in schizophrenia). Online Fig. DS25 identifies which dot corresponds to which result, and Figs DS26–29 present the results of dichotomous outcomes as relative and absolute risk/responder differences. Data on older meta-analyses from Table DS1 are not included. Effect sizes of dichotomous outcomes were converted to standardised mean differences expressed as Hedges' *g*. Effect sizes of general medicine medication are presented on the left-hand side (median 0.37, mean 0.45, 95% CI 0.37–0.53) and psychiatric drugs on the right-hand side (median 0.41, mean 0.49, 95% CI 0.41–0.57).

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2004;43(7):896–904.

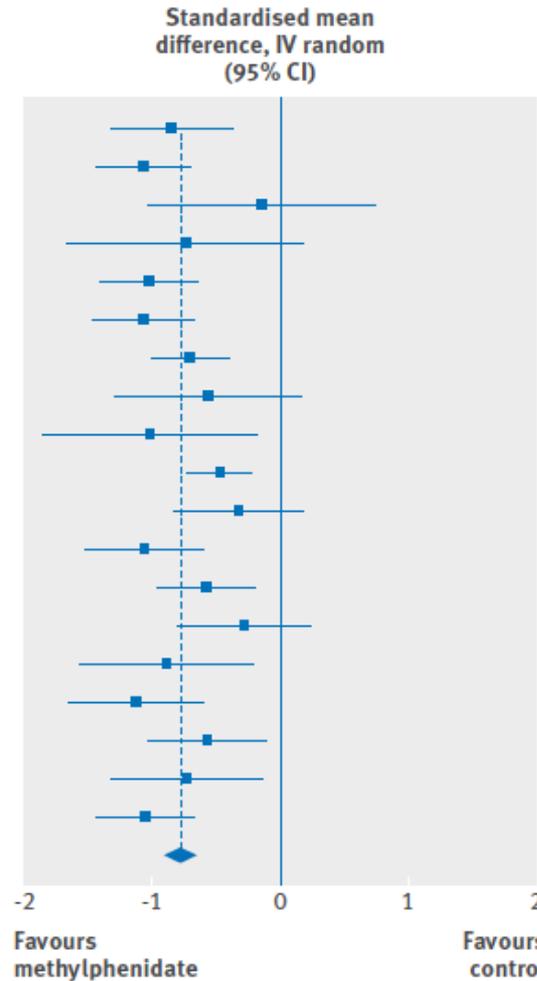


Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials

Ole Jakob Storebø,^{1,2,3} Helle B Krogh,^{1,2} Erica Ramstad,^{1,2} Carlos R Moreira-Maia,⁴ Mathilde Holmskov,¹ Maria Skoog,⁵ Trine Danvad Nilausen,¹ Frederik L Magnusson,⁴ Morris Zwi,⁶ Donna Gillies,⁷ Susanne Rosendal,⁸ Camilla Groth,⁹ Kirsten Buch Rasmussen,¹ Dorothy Gauci,¹⁰ Richard Kirubakaran,¹¹ Bente Forsbøl,² Erik Simonsen,^{1,12} Christian Gluud^{5,13}

Teacher rating of ADHD symptoms

Study	Methylphenidate			Control		
	Mean	SD	No	Mean	SD	No
Arnold 2004	0.7	0.7	35	1.4	0.9	40
Biederman 2003	16.3	12.1	63	31.3	15.4	71
Brown 1985	15.1	4.6	10	15.7	2.9	10
Butter 1983	30.5	17.3	10	42.7	14.2	10
Childress 2009	16.4	13.4	57	30.0	13.1	63
Findling 2006	4.3	3.2	120	7.7	3.1	39
Findling 2008	18.3	17.4	94	31.6	20.1	88
Firestone 1981	8.9	4.9	18	11.8	4.8	13
Ialongo 1994	7.5	7.4	13	15.3	7.3	12
Jensen 1999 (MTA)	0.8	0.7	134	1.1	0.8	119
Kollins 2006 (PATS)	1.1	0.8	32	1.4	0.8	32
Lehmkuhl 2002	0.9	0.7	43	1.6	0.6	42
Moshe 2012	58.0	10.3	57	64.7	12.5	57
Palumbo 2008	-5.1	6.8	29	-3.2	6.4	30
Pliszka 2000	0.8	0.62	20	1.5	0.9	18
Schachar 1997	0.9	0.7	37	1.7	0.7	29
Taylor 1987	0.5	1.04	39	1.2	1.3	39
Van der Meere 1999	73.6	12.7	24	83.1	12.7	24
Wolraich 2001	5.7	3.8	81	9.9	4.1	46
Total (95% CI)			916			782



Symptoms ES: **0.77**

QoL ES: **0.87**

No risk for serious adverse events RR: **0.98**

Minor risk for non-serious adverse events RR: **1.29**

Test for heterogeneity: $\tau^2=0.03$, $\chi^2=28.78$, $df=18$, $P=0.05$, $I^2=37\%$
 Test for overall effect: $z=11.23$, $P<0.001$

Fig 2 | Teacher rated symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in parallel group trials.

Terapie farmacologiche per l'ADHD In Sardegna

Hanno ancora senso le linee guida italiane?

Ha ancora senso un Registro Nazionale per l'ADHD ?

Il Registro sta limitando l'utilizzo di terapie efficaci ?

Possono essere più utili reti locali (*volontarie*) per patologia

Grazie per l'attenzione



azuddas@unica.it