

---

# La comorbidità nell'ADHD: dal Registro della Regione Lombardia



---

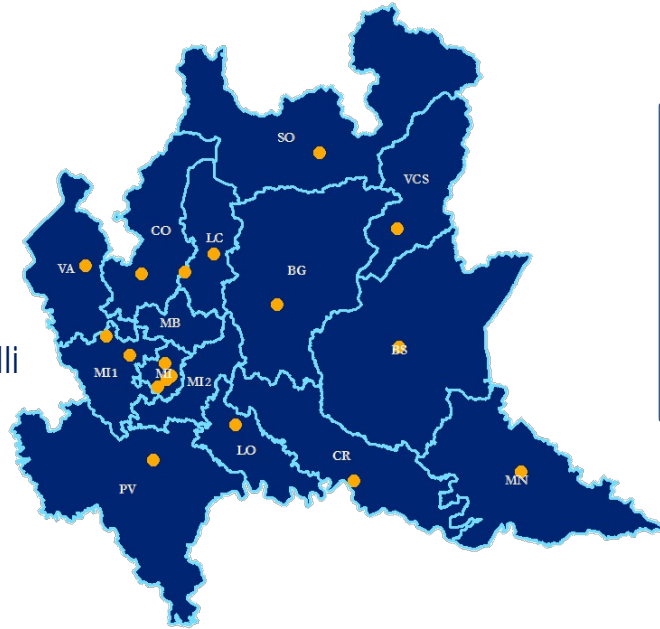
## La comorbidità nell'ADHD: dal Registro della Regione Lombardia

- ✓ Prevalenza delle comorbidità
  - ✓ Efficacia dei trattamenti in base al tipo di comorbidità
-

# IL PROGETTO ADHD DELLA REGIONE LOMBARDIA

## 18 Centri di Riferimento ADHD:

Bergamo  
Brescia  
Bosisio Parini  
Como  
Cremona  
Garbagnate  
Lecco  
Legnano  
Lodi  
Mantova  
MI – Fatebenefratelli  
MI – Niguarda  
MI – Policlinico  
MI – San Paolo  
Pavia  
Sondrio  
Vallecamonica  
Varese



Dipartimento  
di Salute Pubblica



Laboratorio  
per la Salute  
Materno Infantile



Il Progetto "Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici per l'ADHD in Lombardia", realizzato con il contributo, parziale, della Regione Lombardia (in attuazione dei Decreti D.G. Sanità n. 3250 del 11/04/2011; n. 2369 del 28/03/2012; n. 3309 del 16/04/2013; n. 3798 del 08/05/2014; n. 778 del 05/02/2015 e Decreto DG Welfare 2394 del 31/03/2016)

# OBIETTIVI PRIMARI DEL PROGETTO



## Percorsi di cura

- ✓ **Condivisione, monitoraggio e valutazione** dei percorsi diagnostici e terapeutici (farmacologici e non farmacologici)
- ✓ Realizzazione e implementazione di un **Registro** di disturbo
- ✓ Costituzione di un **network stabile** di operatori formati e interessati



## Formazione

- ✓ Specialistica per gli **operatori** dei Centri e dei servizi territoriali
- ✓ Adeguata per i **pediatri di famiglia**, insegnanti e famiglie

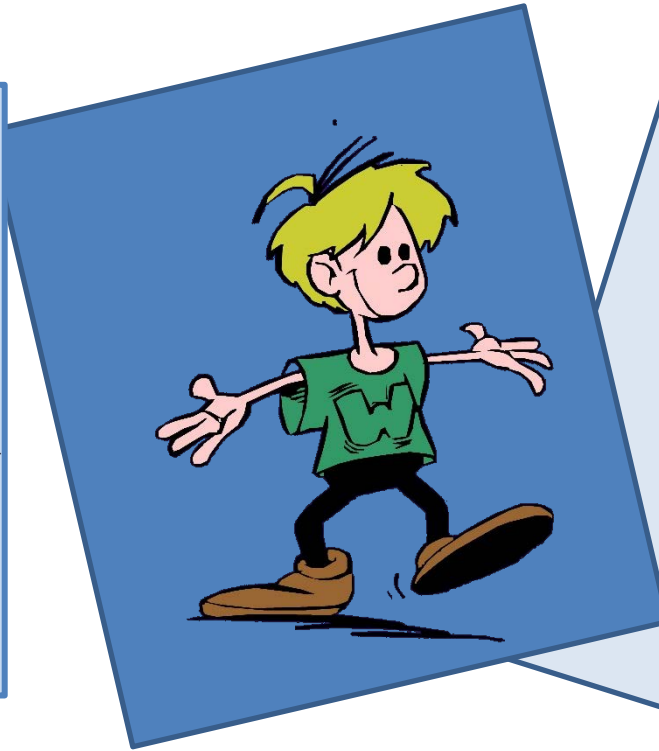


## Informazione

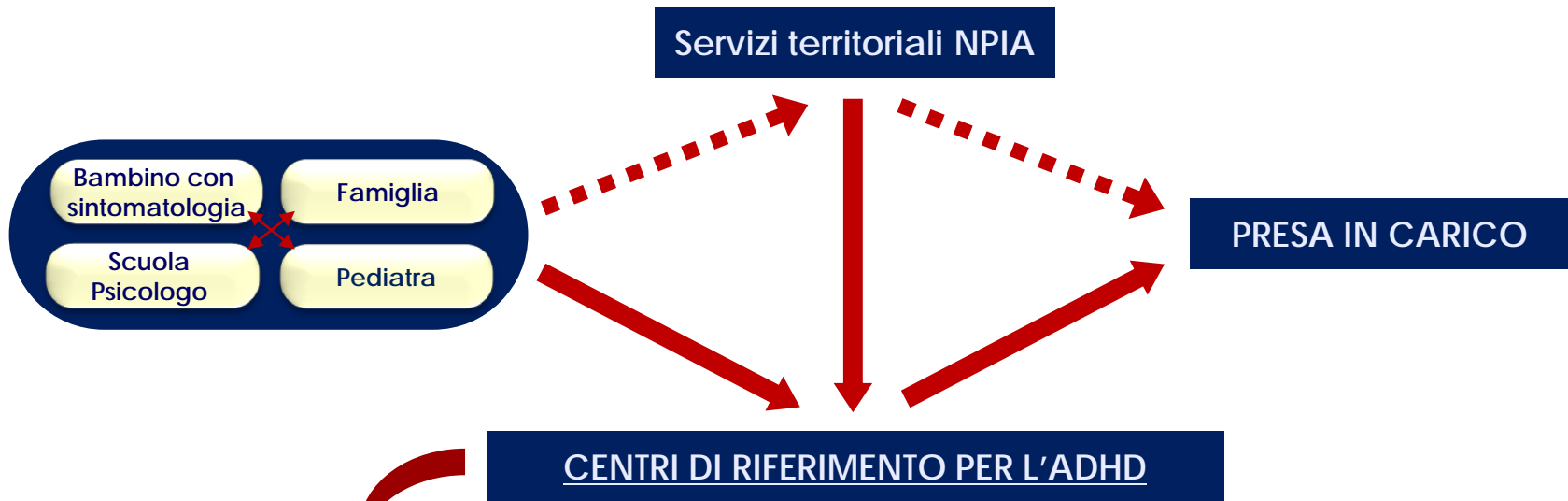
- ✓ Produzione e diffusione **materiale informativo** per cittadini e attori dei percorsi diagnostici-terapeutici

## FINALITÀ DEL PROGETTO

Garantire ai bambini e adolescenti, che accedono ad uno dei 18 Centri di Riferimento della Regione Lombardia per sospetto ADHD, percorsi diagnostico-terapeutici appropriati e omogenei, attraverso la condivisione, la valutazione e il monitoraggio degli stessi



# IL PERCORSO DEL REGISTRO LOMBARDO



**ATTIVAZIONE  
REGISTRO**



- ✓ Bambini e adolescenti con sospetta diagnosi di ADHD
- ✓ Bambini e adolescenti con ADHD in trattamento farmacologico e psicologico

# STRUTTURA DEL PERCORSO

## ACCESSO ANAMNESI

Valutazione di:

- Accessi al Servizio ADHD
- Ambiente familiare ed extrafamiliare
- Familiarità e ipotesi genetiche (gemelli)

...

## VALUTAZIONE

Valutazione di:

- Caratteristiche quantitative e qualitative degli utenti
- Metodologia diagnostica condivisa
- Baseline necessario per la valutazione dell'outcome

...

## DIAGNOSI

Valutazione di:

- Incidenza e prevalenza di ADHD
- Prevalenza di **COMORBILITÀ**
- Durata e costi del percorso diagnostico

...

## TERAPIA ALLA DIAGNOSI

Valutazione di:

- Trattamenti prescritti e correlazione con variabili precedenti
- Accessibilità ai trattamenti psicologici
- Risorse regionali presenti e non

...

## FOLLOW-UP

Valutazione di:

- Esito

...

## OBIETTIVO

---

Valutare la prevalenza delle comorbidità e gli approcci terapeutici in bambini e adolescenti (5-17 anni) che hanno avuto accesso ad uno dei 18 Centri di Riferimento della Regione Lombardia per sospetto ADHD, nel periodo 2011-2016.



# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

---

## METODI: VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Obiettivo principale del “Gruppo Diagnosi” era quello di definire un percorso di valutazione diagnostica che fosse basato su evidenze scientifiche e condiviso tra tutti gli operatori.

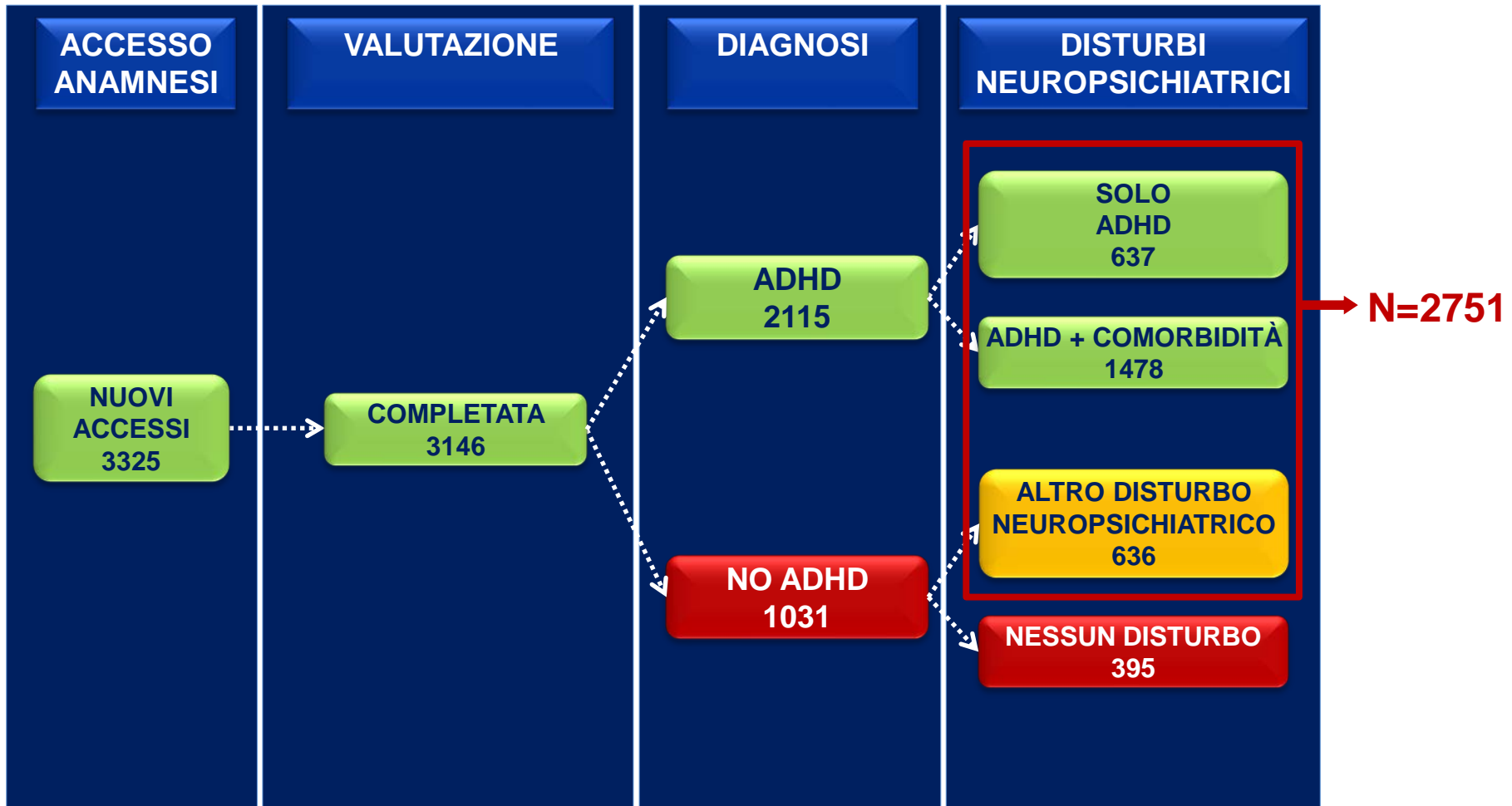


### VALUTAZIONE DIAGNOSTICA CONDIVISA:

- ✓ Colloquio clinico
- ✓ Esame neurologico
- ✓ Valutazione del QI
- ✓ CTRS e/o colloquio con insegnanti
- ✓ CPRS e/o CBCL
- ✓ **K-SADS**
- ✓ CGI-Severity

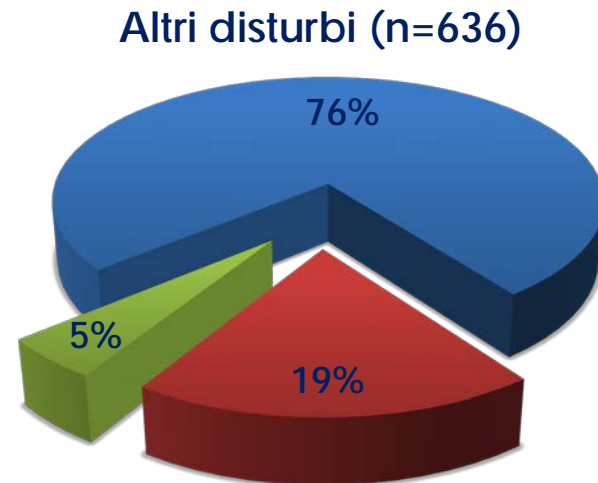
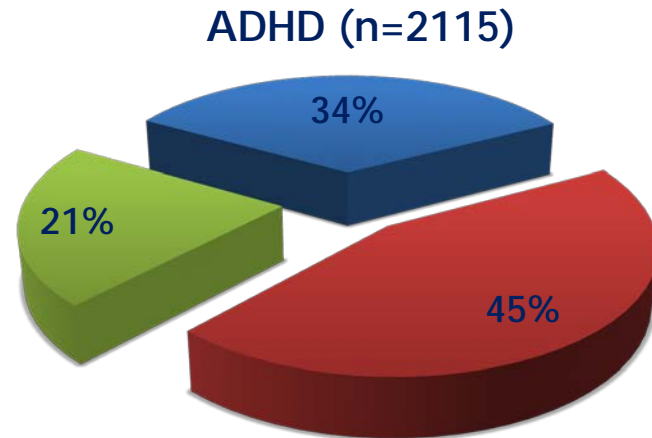
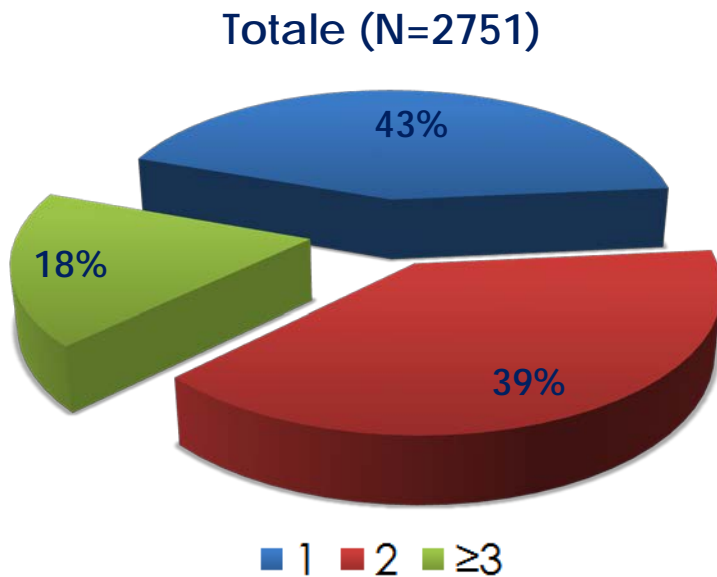
# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

## QUADRO SINOTTICO



# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

RISULTATI: NUMERO DI DISTURBI NEUROPSICHIATRICI



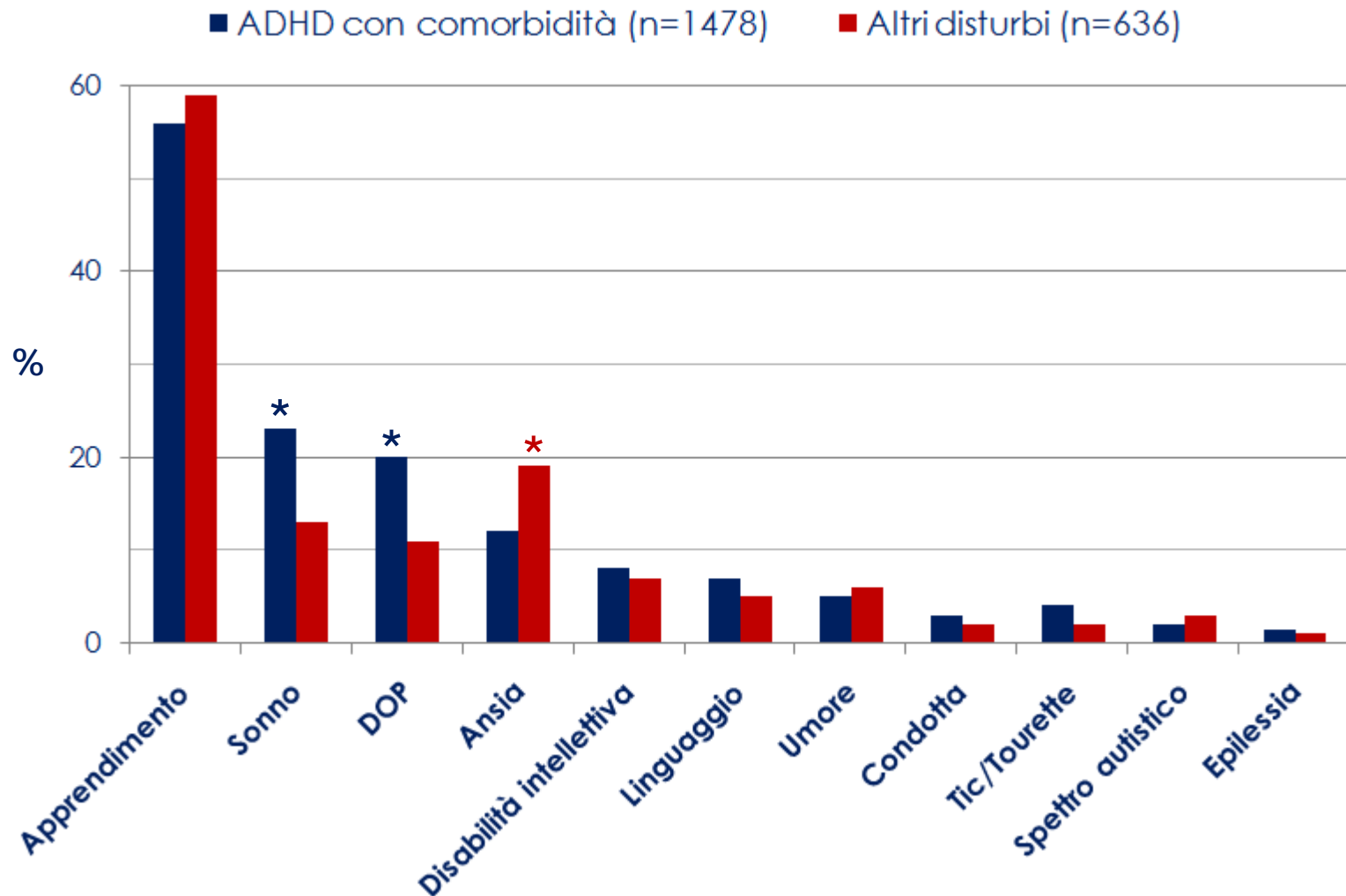
# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

## RISULTATI: CARATTERISTICHE ASSOCIATE ALLE COMORBIDITÀ

Caratteristiche	ADHD		Totale N=2.115 n (%)	Bivariate model p	Multivariate model OR (IC 95%)
	Senza comorbidità N=637 n (%)	Con comorbidità N=1.478 n (%)			
<b>ADHD subtype</b>					
<u>ADHD-C</u>	337(53)	894 (60)	1231 (58)	0,0094	<u>1,71</u> (1,22 – 2,38)
<b>CGI-S</b>					
<5	444 (77)	811 (62)	1255 (66)	<0,0001	<u>2,06</u> (1,64 – 2,60)
<u>≥5</u>	131(23)	507 (38)	638 (34)		

# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

## RISULTATI: TIPOLOGIA DI DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

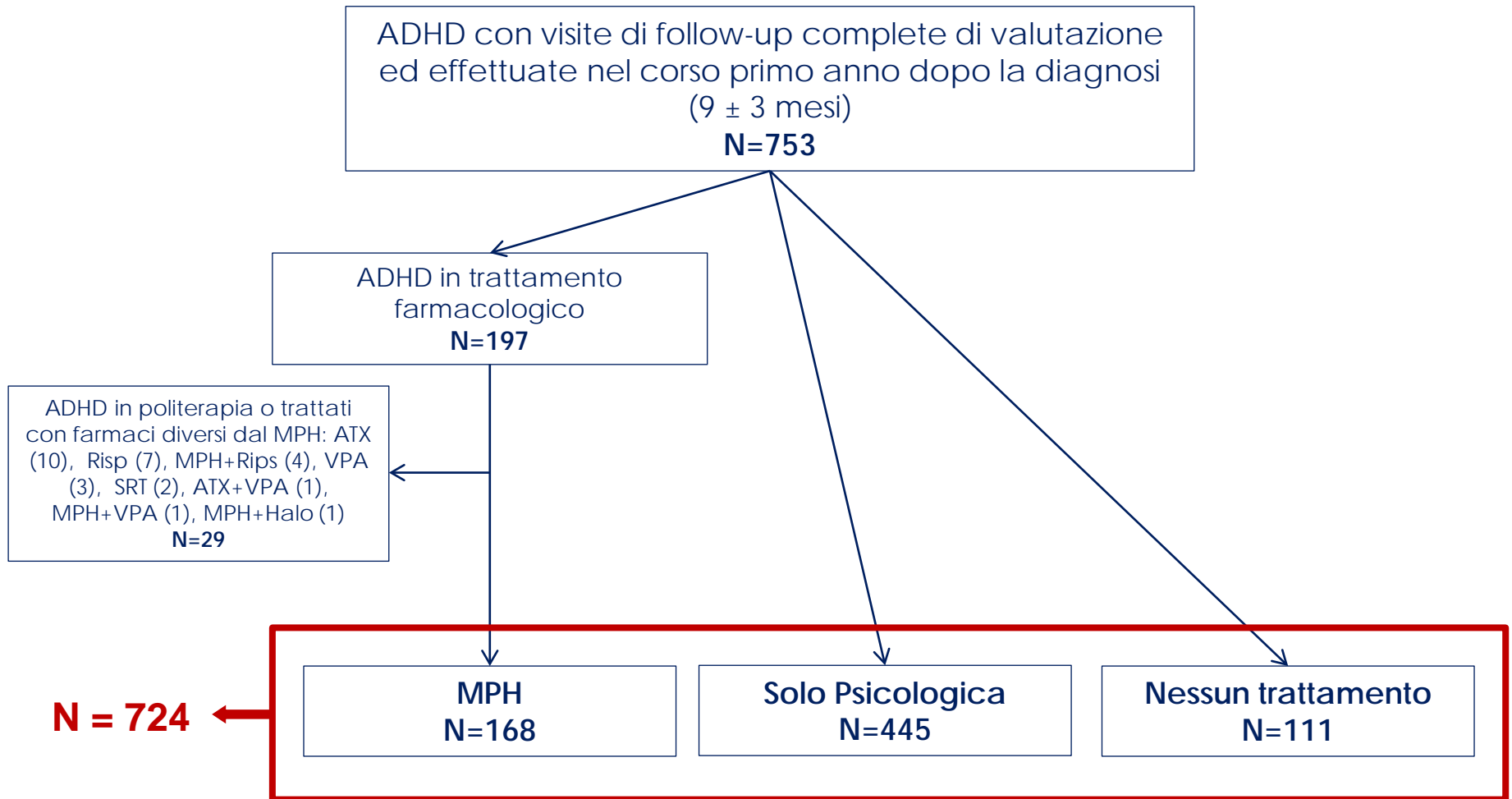


# 1. PREVALENZA DELLE COMORBILITÀ

## RISULTATI: CARATTERISTICHE ANAMNESTICHE E CLINICHE

Variabili	Solo ADHD [N=637] n (%)	ADHD + DSA [N=783] n (%)	ADHD + SONNO [N=324] n (%)	ADHD + DOP [N=290] n (%)	ADHD + ANSIA [N=158] n (%)	ADHD + TIC [N=50] n (%)	ADHD + EPILESSIA [N=29] n (%)	ADHD + AUTISMO [N=33] n (%)
<b>Età alla diagnosi</b>								
<i>media (DS)</i>	8.7 (2.4)	<b>9.7</b> (2.3)	9.0 (2.5)	9.1 (2.8)	9.6 (2.4)	9.5 (2.3)	8.0 (2.2)	<b>7.7</b> (2.2)
13-17 anni	55 (9)	108 ( <b>14</b> )	33 (10)	37 ( <b>13</b> )	22 ( <b>14</b> )	4 (8)	1 (3)	2 (6)

## 2. EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ



# EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ

---

METODI: VALUTAZIONE MIGLIORAMENTO E DELLA SUA ENTITÀ

## CGI – Improvement



MIGLIORAMENTO RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE  
DELLA SINTOMATOLOGIA, DEL COMPORTAMENTO  
E DELLA COMPROMISSIONE FUNZIONALE



## CGI –Severity

GRAVITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA, DEL COMPORTAMENTO  
E DELLA COMPROMISSIONE FUNZIONALE





# EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ

## RISULTATI: VALUTAZIONE MIGLIORAMENTO

Miglioramento (CGII)	Solo ADHD [N=238] n (%)	ADHD + DSA [N=272] n (%)	ADHD + SONNO [N=112] n (%)	ADHD + DOP [N=86] n (%)	ADHD + ANSIA [N=65] n (%)	ADHD + TIC [N=25] n (%)	ADHD + EPILESSIA [N=10] n (%)	ADHD + AUTISMO [N=9] n (%)
<b>Migliorato (CGII=1-3)</b>	121 (51)	141 (52)	64 (57)	45 (52)	33 (51)	16 (-)	6 (-)	5 (-)
<b>Stabile (CGII=4)</b>	104 (44)	116 (43)	38 (34)	33 (38)	25 (38)	8 (-)	4 (-)	3 (-)
<b>Peggiorato (CGII&gt;4)</b>	13 (5)	15 (5)	10 (9)	8 (10)	7 (11)	1 (-)	0 (-)	1 (-)

# EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ

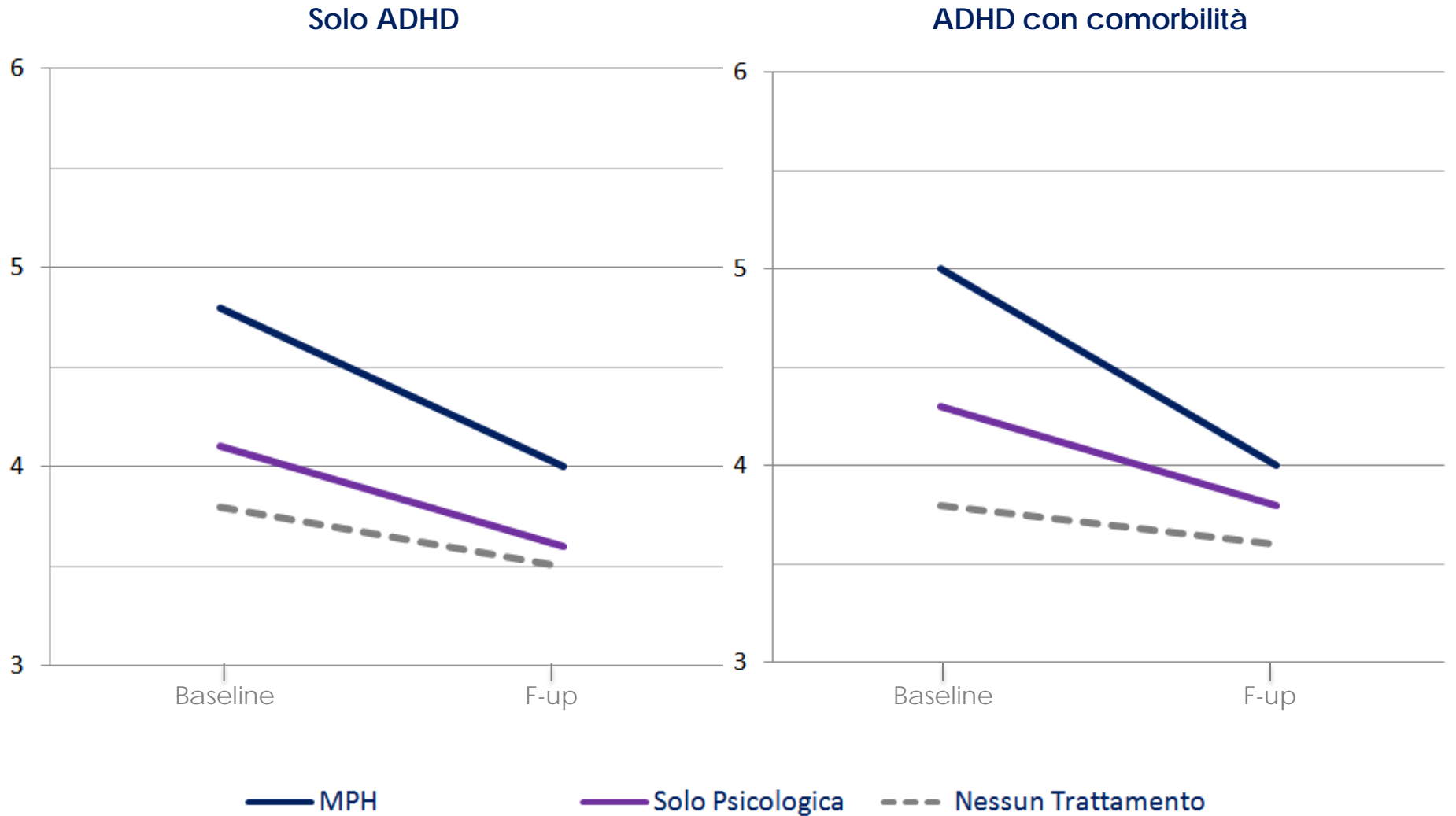
RISULTATI: MIGLIORATI (CGII=1-3) IN BASE AL TRATTAMENTO EFFETTUATO

## RESPONSE RATE (%)

Trattamento	Solo ADHD [N=238] (%)	ADHD + DSA [N=272] n (%)	ADHD + SONNO [N=112] n (%)	ADHD + DOP [N=86] n (%)	ADHD + ANSIA [N=65] n (%)	ADHD + TIC [N=25] n (%)	ADHD + EPILESSIA [N=10] n (%)	ADHD + AUTISMO [N=9] n (%)
<b>MPH</b>	17/28 <b>(61)</b>	51/74 <b>(69)</b>	30/42 <b>(71)</b>	28/39 <b>(72)</b>	14/24 <b>(58)</b>	7 /12 (58)*	0/0 (-)	5/6 <b>(83)*</b>
<b>Solo Psicologica</b>	87/161 <b>(54)</b>	76/154 (49)	26/56 (46)	16/40 (40)	19/36 <b>(53)</b>	9/12 (75)*	5/7 (71)*	0/2 (-)
<b>Nessun Trattamento</b>	17/49 (35)	14/44 (32)	8/14 (57)	1/7 (14)	1/5 (20)	0/1 (-)	1/3 (33)*	0/1 (-)

# EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ

RISULTATI: QUANTO SONO MIGLIORATI (CGI-SEVERITY)



# EFFICACIA DEI TRATTAMENTI IN BASE AL TIPO DI COMORBILITÀ

## RISULTATI: EFFECT SIZE (EFFICACIA)

L' **effect size** differenza tra i cambiamenti dal baseline tra i due gruppi, diviso la media delle deviazioni standard (end point). L'effect size standardizza le unità di misura nei diversi studi.

Trattamento	Solo ADHD [N=238] (%)	ADHD + DSA [N=272] n (%)	ADHD + SONNO [N=112] n (%)	ADHD + DOP [N=86] n (%)	ADHD + ANSIA [N=65] n (%)	ADHD + TIC [N=25] n (%)	ADHD + EPILESSIA [N=10] n (%)	ADHD + AUTISMO [N=9] n (%)
MPH	0.5 (++)	<b>0.8</b> (+++)	0.7 (++)	<b>1.0</b> (+++)	<b>0.9</b> (+++)	0.7 * (++)	-	NA
Solo Psicologica	0.2 (+)	0.3 (+)	0.2 (+)	0 (+)	<b>0.8</b> (+++)	ref.	1.2 * (+++)	NA
Nessun Trattamento	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	-	ref.	-

Secondo la definizione di Cohen, ES >0.2 (+) è considerato basso, ES > di 0.5 (++) è considerato medio; oltre 0.8 (+++) è considerato alto.