

ADHD

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

(Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività)

Report in Progress sulla situazione nel Veneto - novembre 2009

Definizione

Il disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività, meglio conosciuto con l'acronimo ADHD, è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente caratterizzato, secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV), da inattenzione ed impulsività/iperattività.

Nello specifico, il DSM-IV ne distingue tre forme cliniche:

1. inattentiva
2. iperattiva
3. combinata

Nel corso dello sviluppo lo stesso soggetto può evolvere da una categoria all'altra manifestando nelle varie fasi d'età le tre differenti dimensioni psicopatologiche in modo variabile.

I sintomi non sono causati da un deficit cognitivo ma da oggettive difficoltà nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione persistenti in tutti i contesti e situazioni di vita del bambino causando così una limitazione significativa delle attività quotidiane. È presente una compromissione della capacità di prestare attenzione su uno stimolo determinato (attenzione focale), e della capacità di mantenere l'attenzione attiva nel tempo durante lo svolgimento di attività quotidiane scolastiche o ludiche che siano (attenzione sostenuta). In genere i bambini con ADHD rispondono senza riflettere, non riescono ad aspettare il proprio turno nelle attività quotidiane e nel gioco, si lasciano coinvolgere in attività pericolose senza riuscire a valutare adeguatamente le conseguenze provocando danni fisici a sé e agli altri; a ciò si accompagna una sensazione interna soggettiva di tensione, pressione, instabilità che deve essere scaricata.

Tutto questo fa sì che tali bambini sviluppino con maggior difficoltà le proprie abilità cognitive e da ciò ne deriva un impedimento del funzionamento sociale del bambino.

L'Istituto Superiore di Sanità ha reso noto che tra il 1982 e il 1996 sono stati condotti a livello internazionale dieci studi che, basandosi sui criteri diagnostici del "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)", hanno valutato la prevalenza di ADHD. A seconda degli studi si hanno valori di prevalenza che oscillano tra il 4% e il 12%. Una revisione sistematica di questi studi, ad opera di Green e colleghi utilizzando il modello degli effetti random per i pool di dati altamente eterogenei, stima una prevalenza del 6,8% (95% C.I. 5-9%) con i criteri del DSM-III e del 10,3% (95% C.I. 7.7-13.4%) utilizzando i criteri del DSM-III-R. Esiste un solo studio di prevalenza basato sui criteri del DSM-IV che stima un valore di ADHD del 6.8%. La prevalenza tra i maschi è tre volte più alta che nelle femmine: 9.2% (95% C.I. 5.8-13.6%) vs 3% (95% C.I. 1.9-4.5%).

Ancora secondo l'Istituto, gli studi condotti in Italia hanno evidenziato dati di prevalenza compresi fra lo 0.43% e il 3.6%. Basandosi su questi studi, si può estrapolare per la popolazione italiana nella fascia d'età 6-18 anni una prevalenza intorno all'1%. La

definizione della prevalenza della sindrome, nel contesto nazionale, corrisponde alle attese più prudenti della letteratura, confermate dalla casistica attuale dei Servizi della Regione Veneto: 1% dei soggetti presenta una diagnosi di ADHD

Modalità di trattamento

La maggior parte di questi bambini migliora significativamente con il trattamento psicoeducativo, che si compone di tecniche di training cognitivo-comportamentale, parental training, intervento con gli insegnanti, ma una piccola quota presenta un quadro di maggior gravità e pervasività del disturbo, per cui la sola terapia comportamentale non risulta sufficiente e necessita di terapia farmacologica all'interno di un trattamento "combinato" multimodale che combina interventi psicosociali con terapie mediche.

Nell'ambito delle terapie farmacologiche, gli psicostimolanti sono considerati la terapia più efficace ed il metilfenidato è il farmaco cui è stata raccolta la maggior esperienza. A questo è stato poi affiancata l'atomoxetina nel trattamento di tale patologia.

A seguito della pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale, n. 95 del 24 aprile 2007 delle relative Determinazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), sono stati autorizzati, su autorizzazione dell'ISS, alla commercializzazione il metilfenidato (Ritalin®) [Determinazione AIFA A.I.C./N n. 876] e l'atomoxetina (Strattera®) [Determinazione AIFA n. 437/2007], per il trattamento della sindrome da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti, dispensabili dal Servizio Sanitario Nazionale, e ciò ha reso necessario il monitoraggio dell'uso di queste sostanze nella popolazione pediatrica affetta da ADHD.

In risposta a queste esigenze, la Regione Veneto con DGR n. 3364 del 23 ottobre 2007 ha approvato le linee di indirizzo per la gestione dei pazienti con disturbo grave ADHD. Tali procedure diagnostico-terapeutiche indicate nei provvedimenti autorizzativi dell'Agenzia Italiana del Farmaco prevedono che:

- la diagnosi e la presa in carico non farmacologica dei soggetti con ADHD avvengano nei Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- la prescrizione dei farmaci sia vincolata alla predisposizione del Piano terapeutico, successiva a diagnosi posta da uno dei Centri di Riferimento individuati dalla Regione, su invio dei Servizi Territoriali ed in stretto coordinamento con essi.

E' previsto inoltre che i Centri di Riferimento debbano effettuare, oltre al Piano terapeutico, :

- la prima somministrazione del Metilfenidato che deve avvenire in ambiente clinico (day-hospital), dove verrà testata la tollerabilità della prima dose standard con monitoraggio dei parametri vitali e osservazione clinica e/testologica del bambino, con la presenza di almeno un infermiere

Il trattamento con Metilfenidato va somministrato in base ad un programma terapeutico di durata semestrale, eventualmente rinnovabile, dopo rivalutazione del caso.

- la prima prescrizione del farmaco
- la valutazione di efficacia e tollerabilità per almeno il primo mese, con controlli clinici alla prima e alla quarta settimana, per confermare la prescrizione
- controlli ogni 6, 12, 18 e 24 mesi, verificando semestralmente o almeno ogni anno l'opportunità di interruzione temporanea o definitiva della terapia farmacologica
- la gestione del Registro dei casi, con la compilazione di specifici Case Report Form (CRF)

- le prescrizioni farmacologiche successive alla prima e le visite mensili di controllo richieste dal Registro siano effettuate dal Neuropsichiatra Infantile delle strutture territoriali o dal Pediatra di Famiglia (che andrà sempre tenuto informato).

E' importante sottolineare che lo step di passaggio al trattamento farmacologico è definito dalla gravità clinica dell'ADHD, soprattutto dei versanti iperattivo ed impulsivo, e non dall'entità del disagio socio-ambientale che ne deriva.

Va ribadito che la prima prescrizione del metilfenidato o dell'atomoxetina vanno effettuate dal medico specialista in neuropsichiatria infantile del Centro Regionale di riferimento, il quale almeno per il primo mese di terapia deve valutare l'efficacia e tollerabilità, su richiesta del neuropsichiatra infantile del servizio territoriale che pone la diagnosi e gestisce la presa in carico globale. E' inoltre necessario un controllo clinico alla prima e alla quarta settimana di somministrazione terapia per confermare la prescrizione; successivamente, sulla base del piano terapeutico del centro di riferimento, le prescrizioni potranno essere effettuate dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o dal pediatra di famiglia.

Centri accreditati

I requisiti che i Centri devono possedere per essere autorizzati per il trattamento della sindrome da deficit di attenzione con iperattività (ADHD) con Ritalin® e Strattera® sono i seguenti:

1. Requisiti strutturali:

- Struttura (Servizio, Centro, Dipartimento, Rete territoriale) di Neuropsichiatria Infantile di Azienda ULSS SL, Azienda Ospedaliera, Istituto Universitario o IRCCS;
- Presenza nella Struttura del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dello Psicologo clinico, e di personale in grado di supportare la famiglia e interagire con la scuola;
- Presenza nell'Azienda/Ente di Pediatra, Farmacologo clinico o Farmacista;

2. Requisiti clinico-organizzativi:

- Competenza ed esperienza nella diagnosi e nella terapia dell'ADHD;
- Capacità di garantire, ove necessario, ulteriori approfondimenti diagnostici oltre a quelli effettuati nei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile (NPIA) inianti, e l'eventuale presa in carico complessiva non farmacologica per gruppi selezionati di soggetti;
- Capacità di predisporre il Piano terapeutico farmacologico e garantire la prima somministrazione del metilfenidato in day hospital;
- Capacità della Struttura di NPIA di assorbire i potenziali casi necessitanti terapia con metilfenidato o atomoxetina;
- Capacità di garantire il follow up per tutta la durata del trattamento farmacologico;
- Garanzia di coordinarsi, per la presa in carico globale del paziente, con il Pediatra di Libera Scelta (PLS) ed il Servizio di NPIA del territorio, che resta titolare del caso;
- Garanzia della gestione del Registro (input dei dati, qualità dei dati, riservatezza dei dati sensibili);
- Garanzia di consulenza e supporto alle Strutture del territorio.

Con il Decreto n 100 del 11 dicembre 2007 del Dirigente della Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari, in applicazione alla DGR n. 3641 del 19 novembre 2004 sono stati individuati i

Centri di riferimento per la diagnosi e la predisposizione del piano terapeutico dei medicinali a base di metilfenidato(ved. Tabella 1). Con successivo Decreto Dirigenziale n 114 del 13 dicembre 2004 è stata individuata la struttura capofila in ambito regionale con compiti di raccordo e coordinamento con le altre strutture e tale funzione è stata attribuita all'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda ULSS n 10 diretta dal dott. Dino Maschietto.

Secondo le rilevazioni compiute nel 2008 per verificare il lavoro svolto dai Centri accreditati , nella Regione Veneto, i minori in trattamento con metilfenidato (Ritalin®) , si attestano ad un 10% del totale degli affetti da ADHD in linea quindi con l'andamento nazionale (ved. Tabella 2)

Tabella 1

Denominazione Azienda	Denominazione Struttura	Responsabile	Telefono	E-mail
ULSS 1	Osp. san martino u.o. di n.p.i servizio psico-sociale per l'infanzia e l'età evolutiva	Dott. Stefano Ghedini	0437-30000 - 30100	stefano.ghedini@ulss.belluno.it
ULSS 2		Dott. Ettore Morbin		eta.evolutiva@ulssfeltre.veneto.it
ULSS 3	Struttura Complessa di neuropsichiatria	Dott. Piergiorgio Miotello		npi@aslbasano.it
ULSS 6	U.O. di neuropsichiatria infantile	Dott. Roberto Tombolato	0444 - 752015	roberto.tombolato@ulssvicenza.it
ULSS 8	servizio di neuropsichiatria infantile	Dott. Andrea Gemma	0423 - 732700	andrea.gemma@ulssasolo.ven.it
ULSS 9	servizio di neuropsichiatria infantile	dott. Lenio Rizzo	0422-322263	segpedtv@ulss.tv.it
ULSS 10	u.o.c. di neuropsichiatria infantile	dott. Dino Maschietto	0421- 457760	npi.sandona@assl10.veneto.it
ULSS 12	famiglia ed eta' evol. neuropsic. inf	prof. Lodovico Perulli	041-5295981	ve.npi@ulss12.ve.it
ULSS 15	Servizio di neuropsichiatria infantile	dott.ssa Maria Cristina Mambelli	049-9324739	npi.sandona@assl10.veneto.it
ULSS 16	U.O.C. di neuropsichiatria infantile NP.I.A.	prof. Pierantonio Battistella	049-8218094	pierantonio.battistella@sanita.padova.it
ULSS 19	U.O.C. di neuropsichiatria infantile	dott. Contini	0426-940872	uoeeh@ulss19adria.veneto.it
ULSS 20	U.O.C. di neuropsichiatria infantile	dott. Maurizio Brighenti	045-8075010/21	neuropsichiatria1@Ulss20.Verona.it
ULSS 16	servizio di neuropsichiatria infantile	prof. Pierantonio Battistella	049-8218094	battist@pediatria.unipd.it
Azienda Ospedaliera di Verona				
Associazione la nostra famiglia	servizio di neuropsichiatria infantile	Prof. Bernardo dalla Bernardina	045-8124773	ibernando.dallabernardina@univr.it
		Dr. Paolo Ducolin	0438-410101	e-mail: paola.ducolin@cn.lnf.it

SCHEDA RILEVAZIONE DATI SOGGETTI ADHD (2008)						
ENTE A	N. Utenti in trattamento solo psicoeducativo B	N. Utenti in trattamento combinato (psicoeducativo + farmacologico) C	N. Utenti in trattamento con Ritalin fra quelli in trattamento combinato D	N. Utenti in lista d'attesa per essere sottoposti al trattamento E	N. Utenti sottoposti ad altro tipo di trattamento F	N. Utenti in carico con diagnosi ADHD G= B+C+E+F
Az. U.Iss 1	2	1	1	14	0	17
Az. U.Iss 2	0	0	0	0	53	53
Az. U.Iss 3	10	2	1	23	0	35
Az. U.Iss 6	7	7	0	18	3	35
Az. U.Iss 8	38	7	3	0	0	45
Az. U.Iss 9	34	4	4	0	0	38
Az. U.Iss 10	164	155	97	103	118	540
Az. U.Iss 12	72	6	4	3	0	81
Az. U.Iss 15	1	3	0	5	4	13
Az. U.Iss 16	25	34	5	20	2	81
Az. U.Iss 20	4	8	0	2	68	82
AO PD	0	0	0	0	0	0
AO VR	1	8	7	45	0	54
IRCSS Medea	10	1	1	15	98	124
Totale	368	236	123	248	346	1198