

**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:

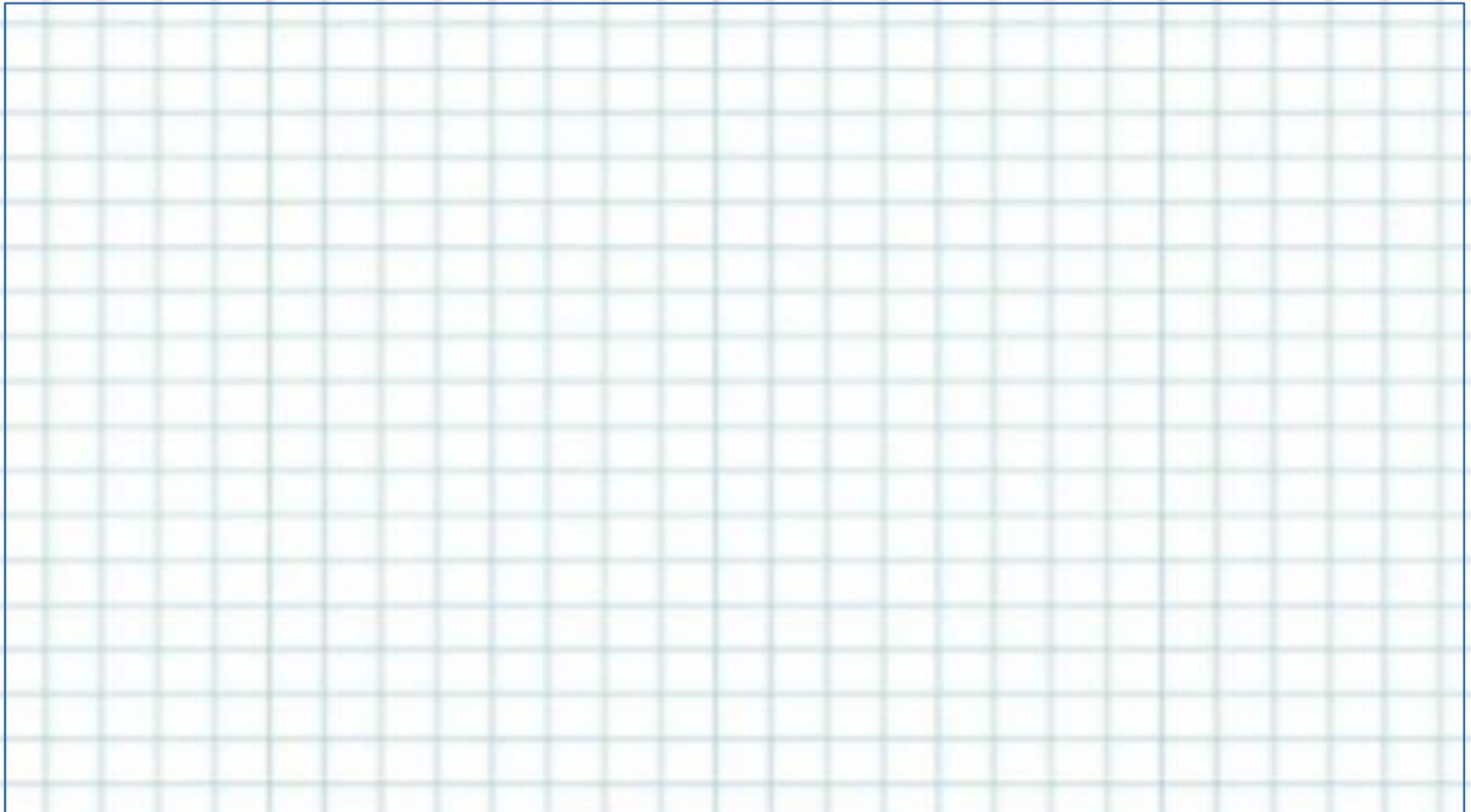
- porsi come primo ascolto del sospetto diagnostico
- valutare il soggetto e il suo contesto
- effettuare l'accertamento clinico al fine della definizione diagnostica
- predisporre il Progetto Terapeutico individualizzato
- predisporre i follow up dell'andamento clinico e dei percorsi terapeutici
- inviare, 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

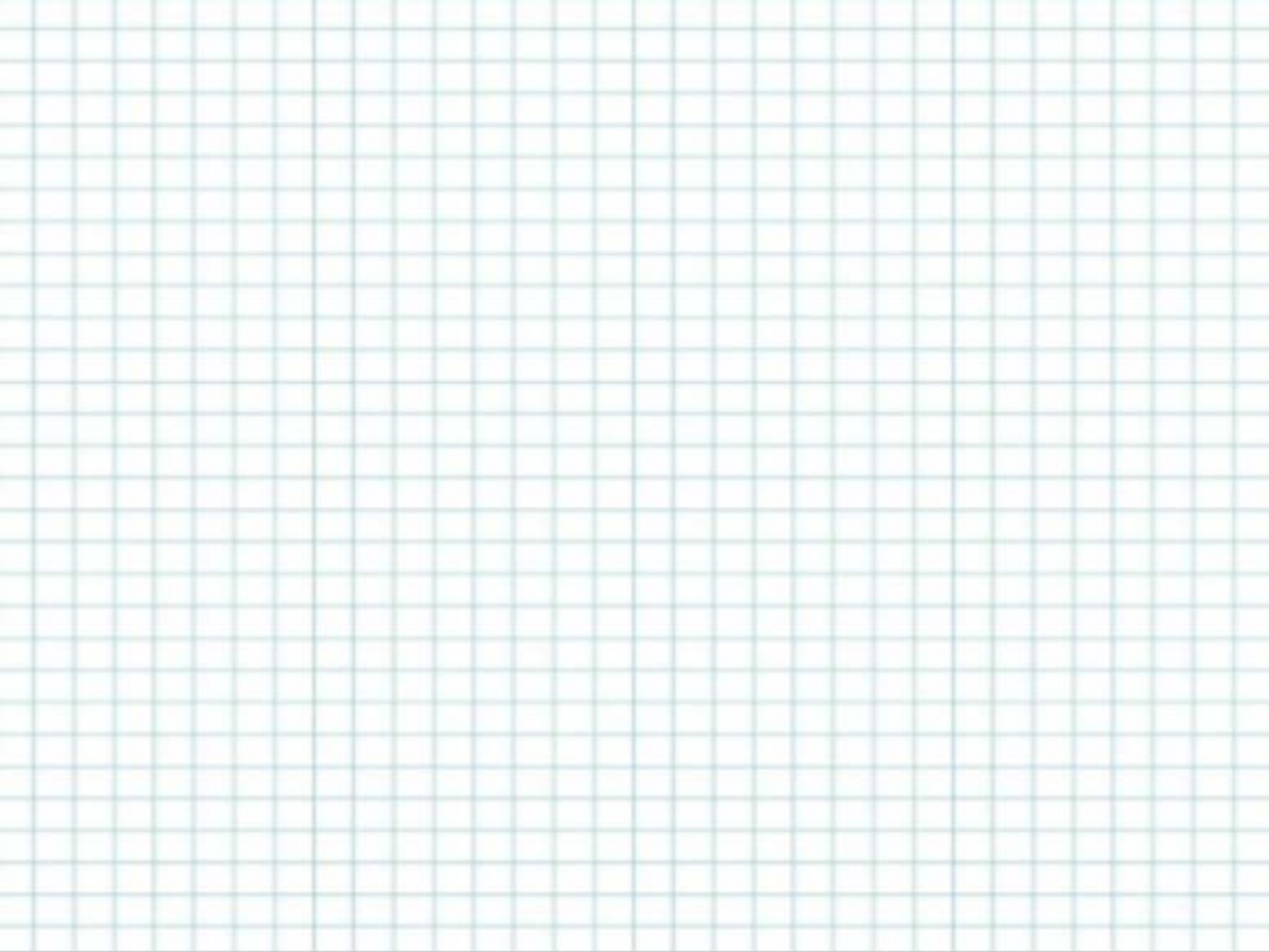


Dal 2008 i centri di Riferimento si sono organizzati in un network organizzativo gestionale finalizzato a:

- *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. Guccione<sup>1</sup>, A. Mariani<sup>2</sup>, M. Maspoli<sup>3</sup>, F. Ragazzo<sup>4</sup>

*Gior Neuropsych Età Evol 2015;35:87-105*

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

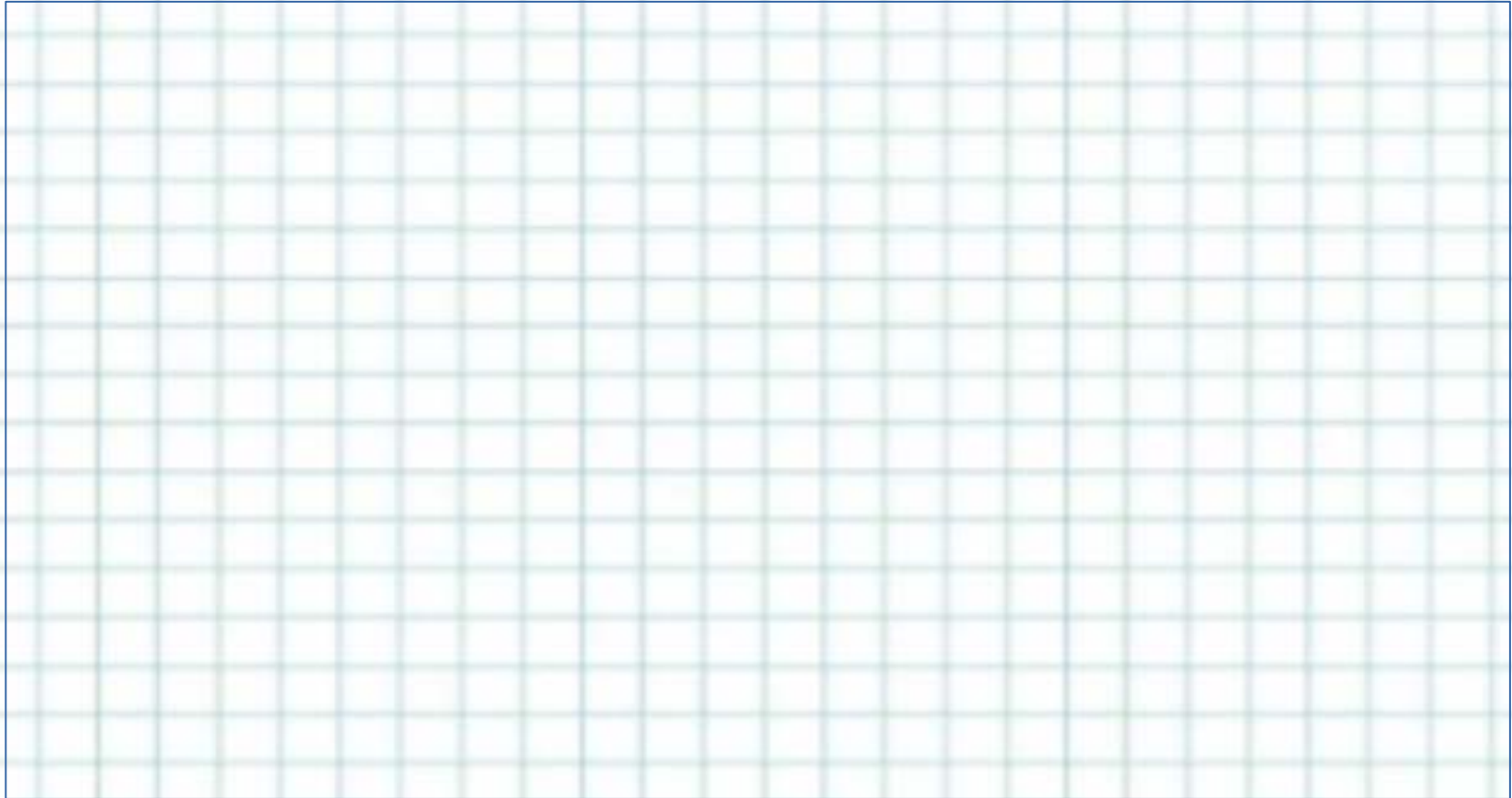
*Looking for specific epidemiological indicators in child neuropsychiatry: the experience of the Piedmont  
Region in 2015*

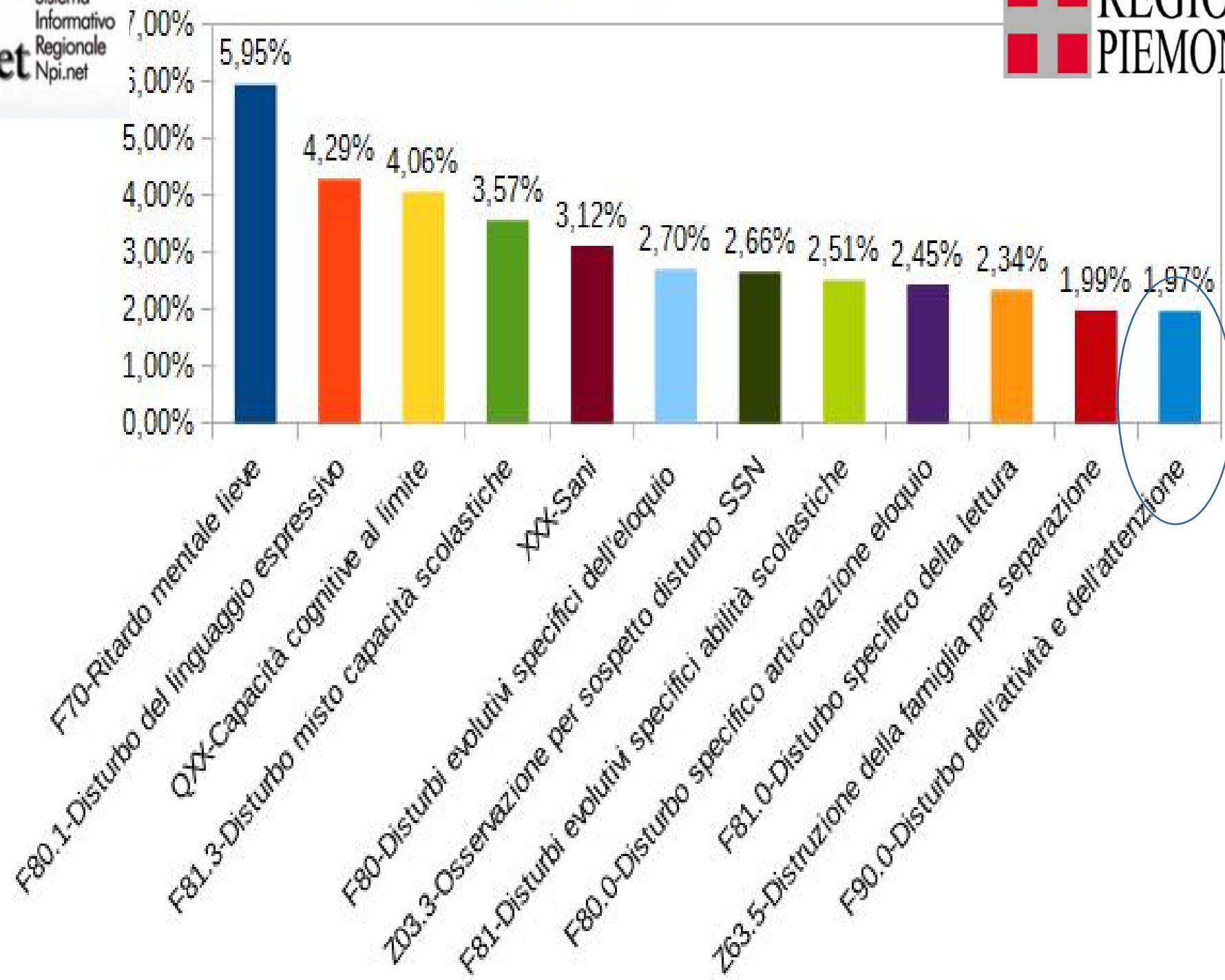
F. GUCCIONE<sup>1</sup>, A. MARIANI<sup>2</sup>, F. RAGAZZO<sup>3</sup>

Media  
annua  
di  
55.000  
pazienti



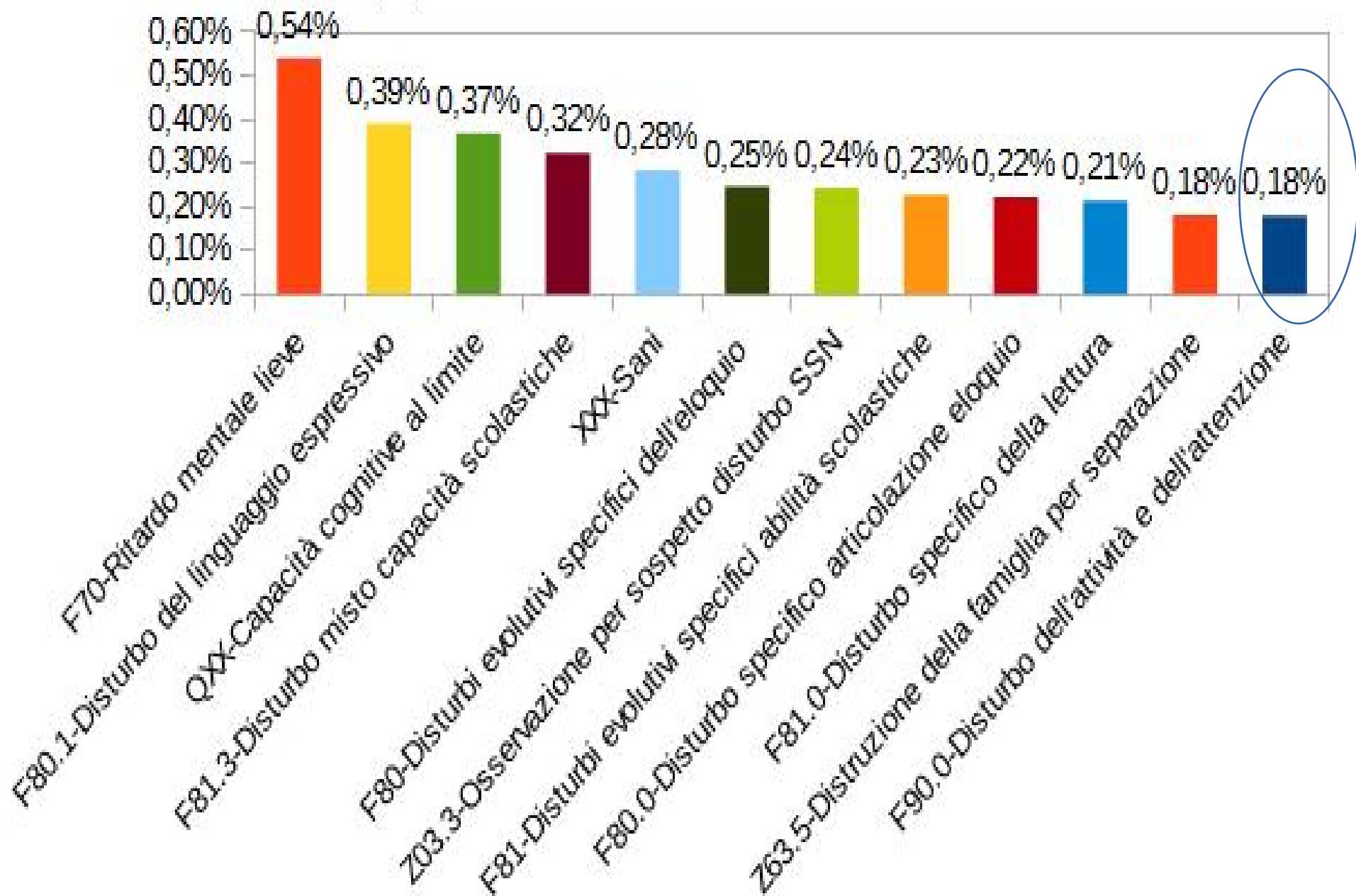
Media  
annua di  
circa  
15.000  
nuovi casi



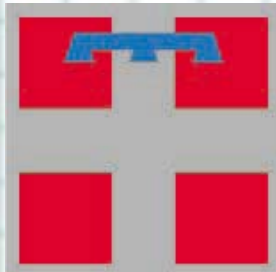


# 2013 Diagnosi di prevalenza

popolazione 0-17 residente in Piemonte

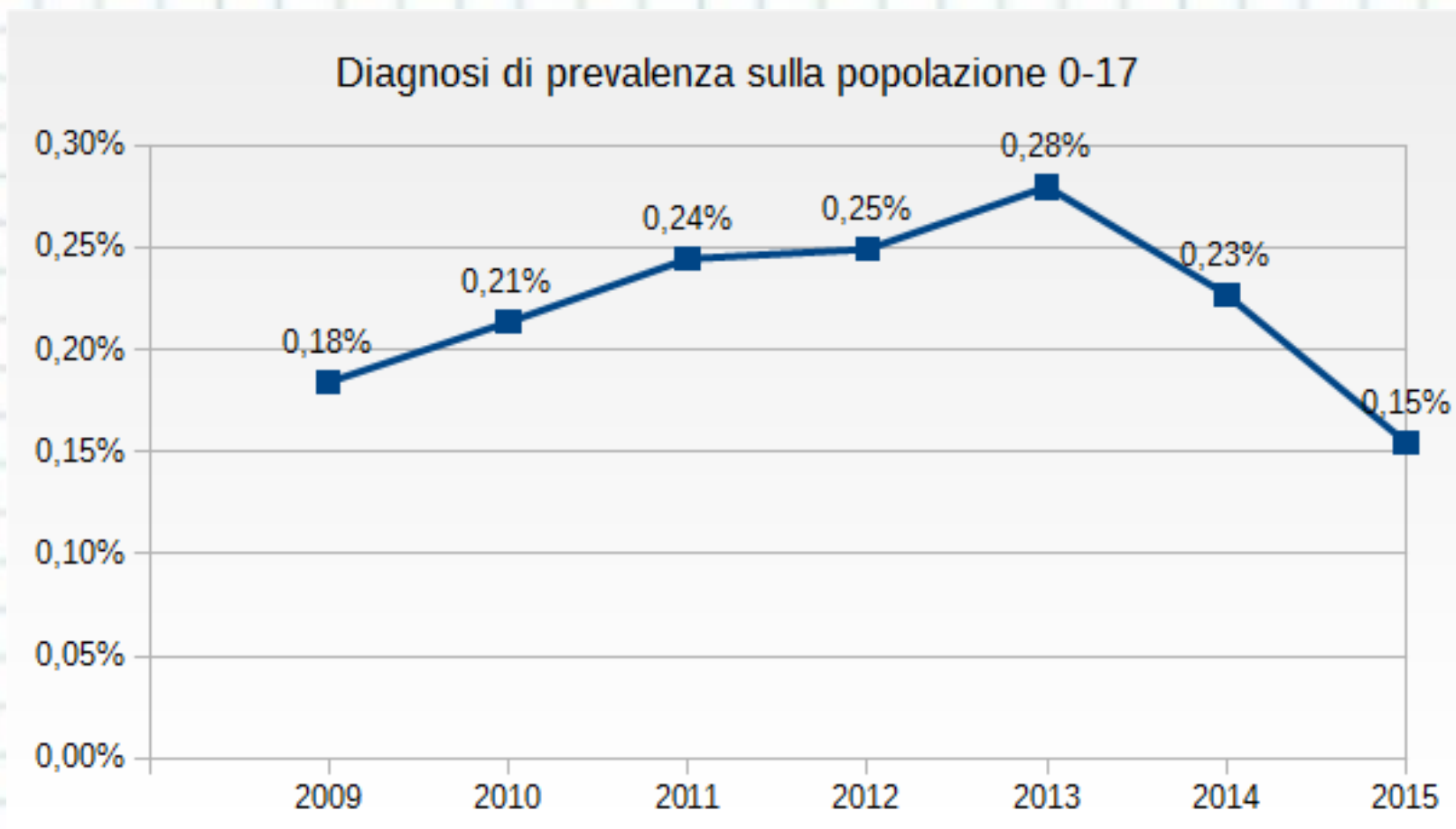


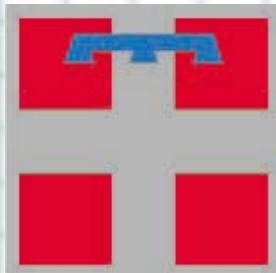




# REGIONE PIEMONTE

F90 - F90.9

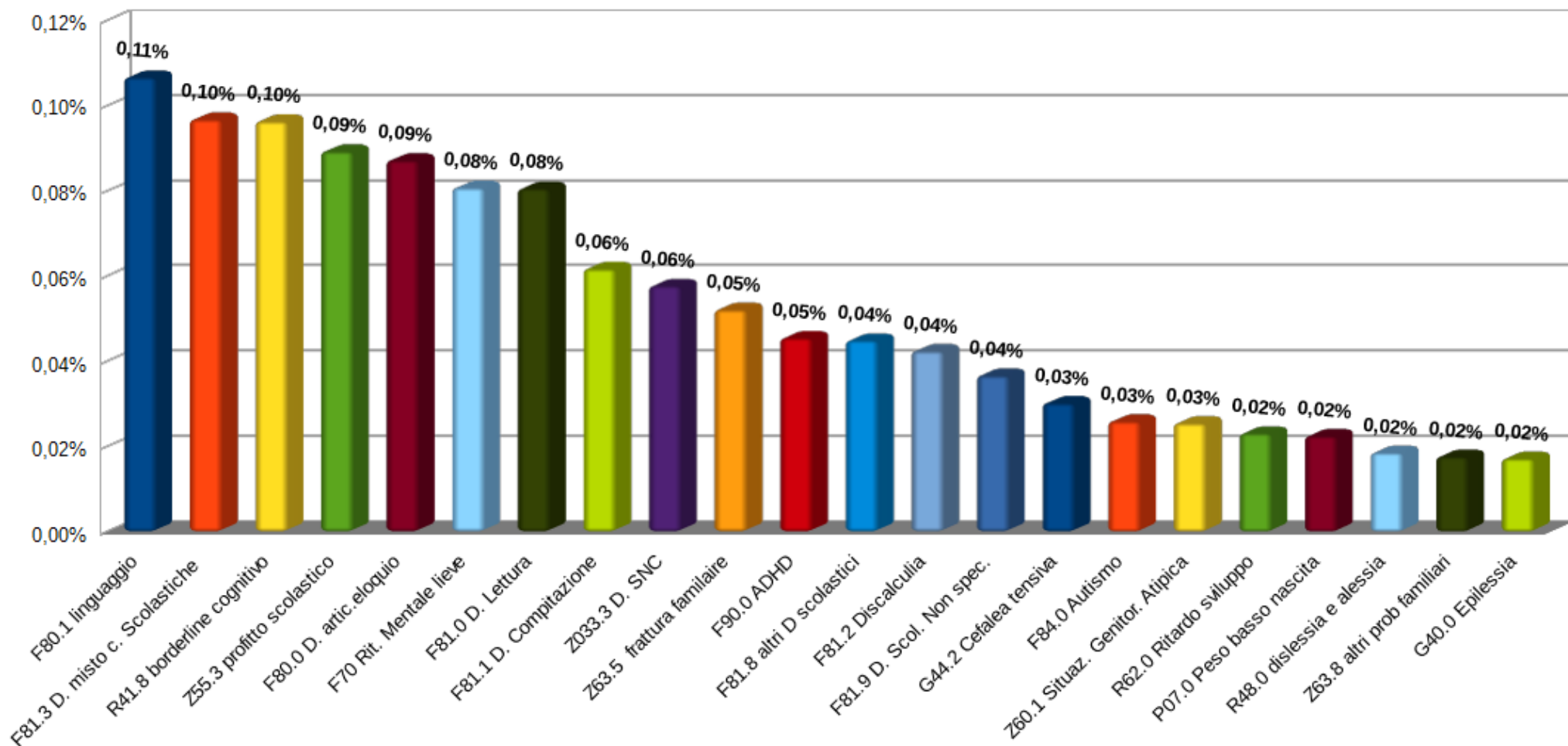




# REGIONE PIEMONTE

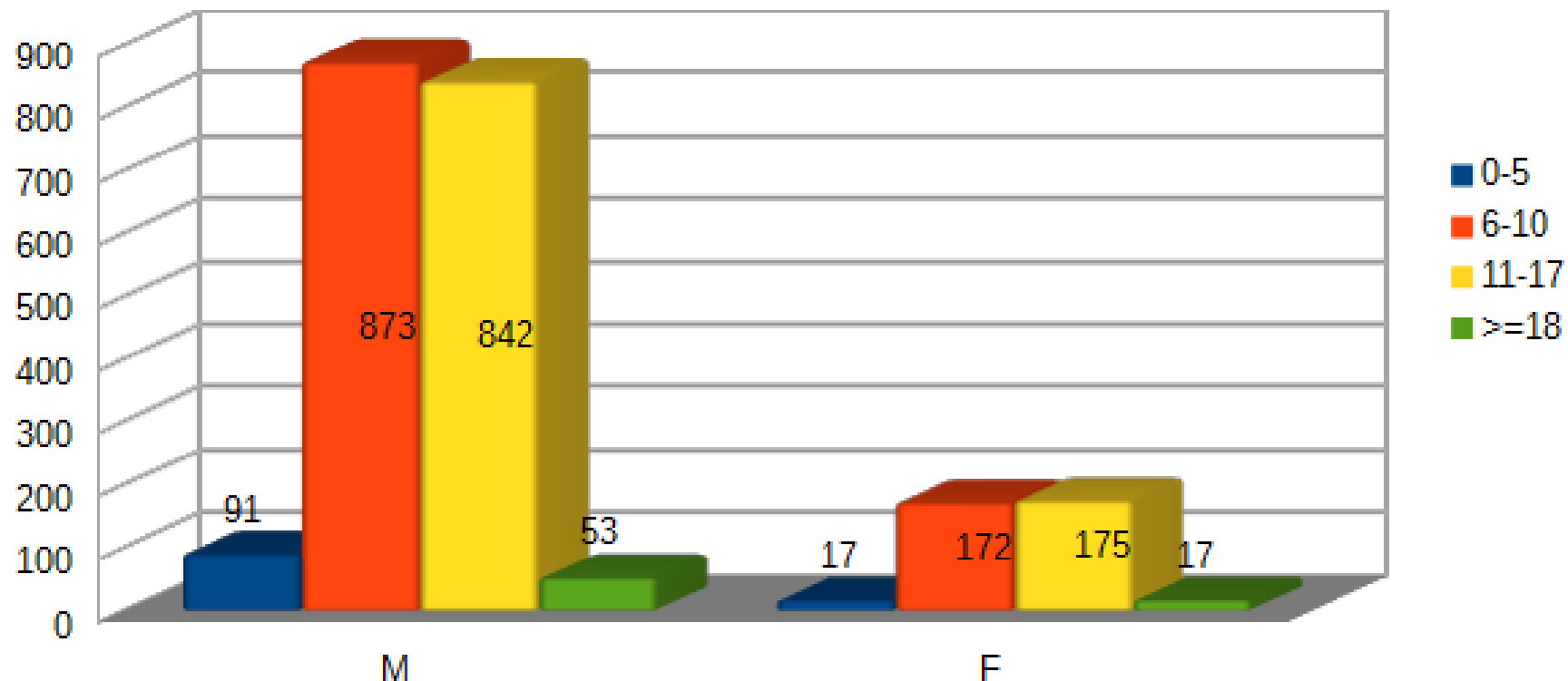
2015 Diagnosi di prevalenza

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

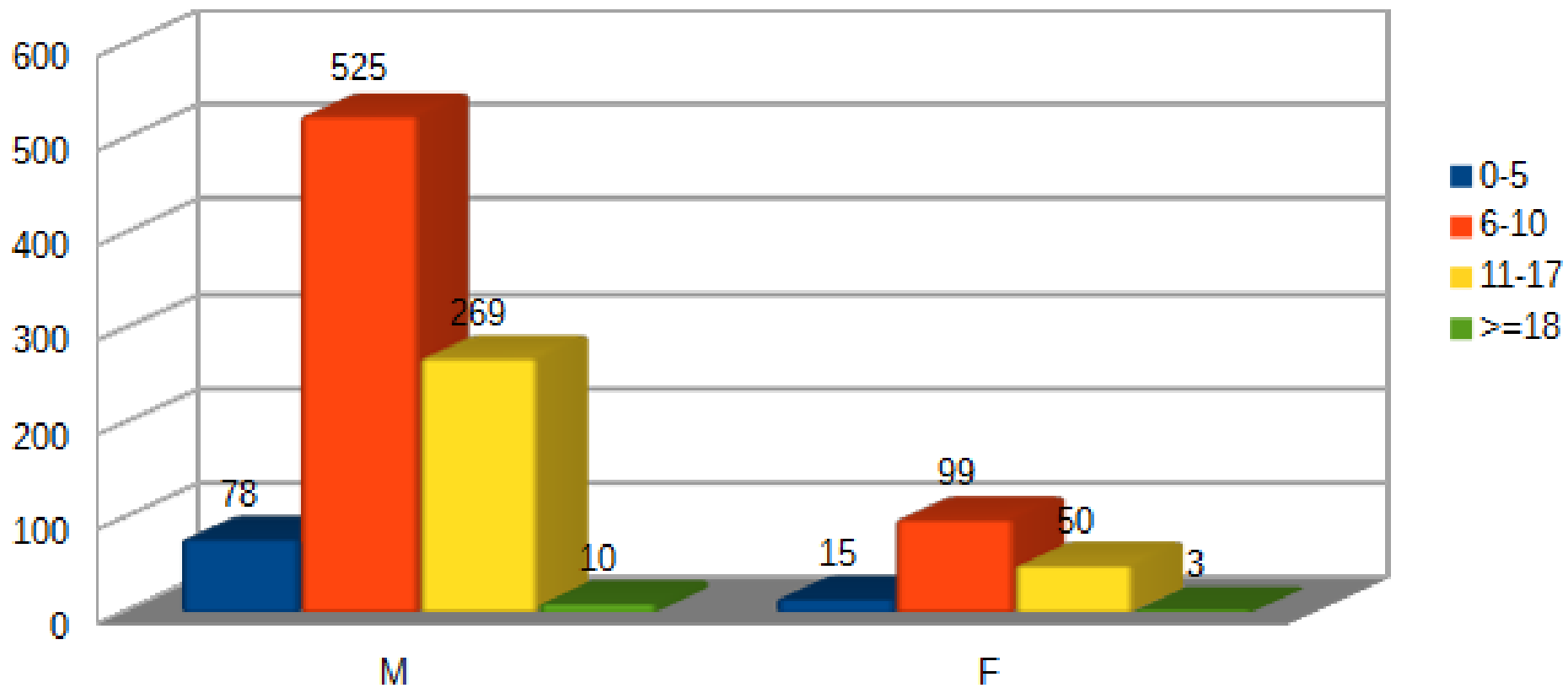


	0-5	6-10	11-17	>=18	totale	Totale generale
M	91	873	842	53	1859	
F	17	172	175	17	381	2240



# 2015 nuove diagnosi F90 - F90.9

suddivisione per sesso e per classe d'età



	0-5	6-10	11-17	>=18	totale	Totale generale
<b>M</b>	78	525	269	10	882	
<b>F</b>	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
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>10476</b>

# 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

<b>CGI-S (baseline)</b>	<b>N. assoluto</b>
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

<b>CGI-I (Improvement)</b>	<b>N. assoluto</b>
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**

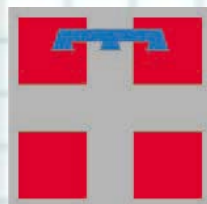


**MASCHI 12-14 ANNI  
DISATTENZIONE**



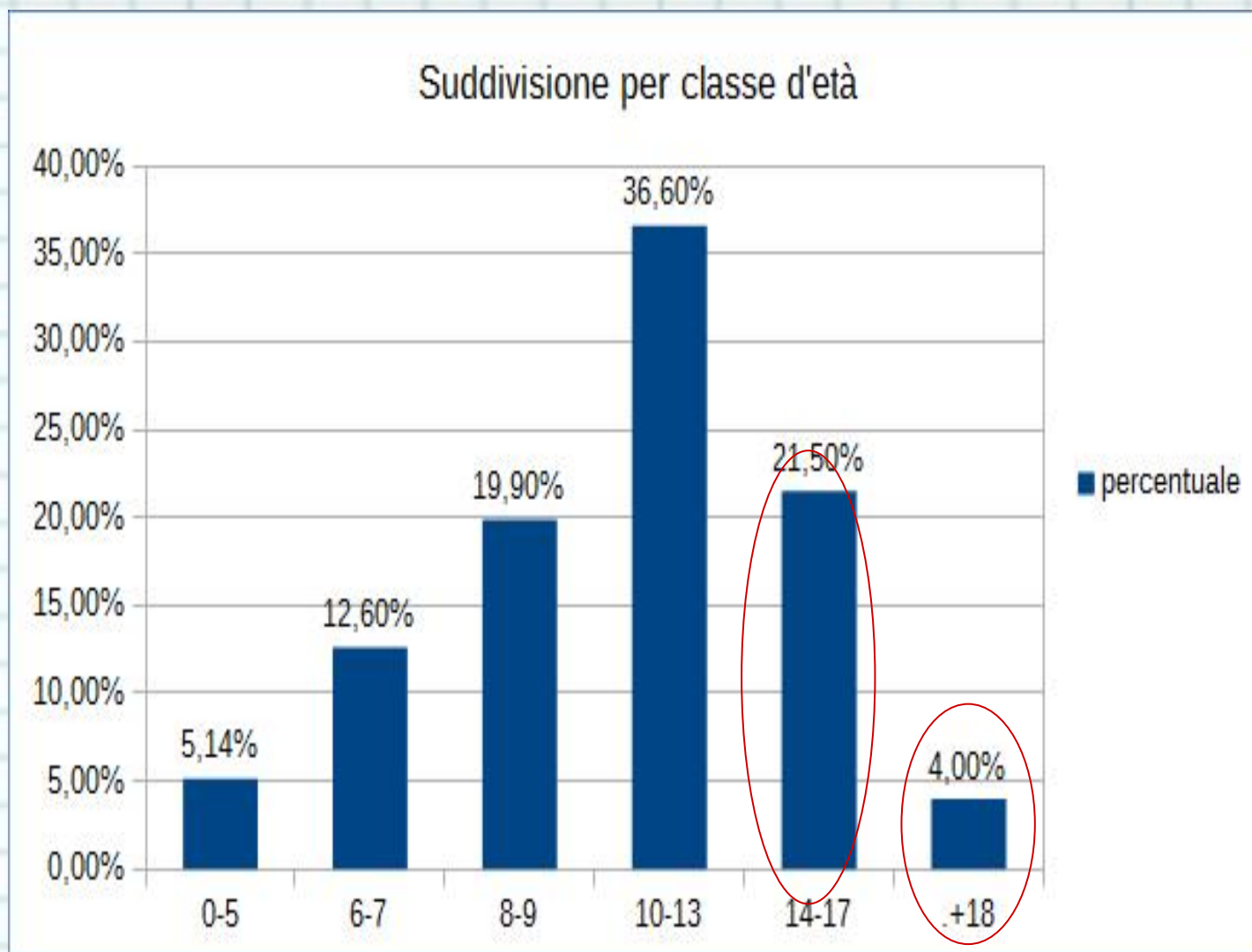
**Tra il 15 e il 22%  
degli studenti presentavano difficoltà attentive**





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
<b>Totale</b>	3457	<b>88.4</b>	452	<b>11.6</b>	3909	<b>100.0</b>

## 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
<b>Totale</b>	<b>369</b>	<b>89.8</b>	<b>42</b>	<b>10.2</b>	<b>411</b>	<b>100.0</b>



### 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
<b>Totale</b>	38	<b>10.7</b>	318	<b>89.3</b>	356	<b>100.0</b>

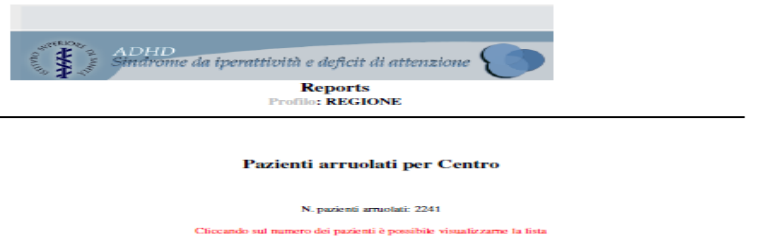


Pazienti arruolati per Centro

N. pazienti arruolati: 2241

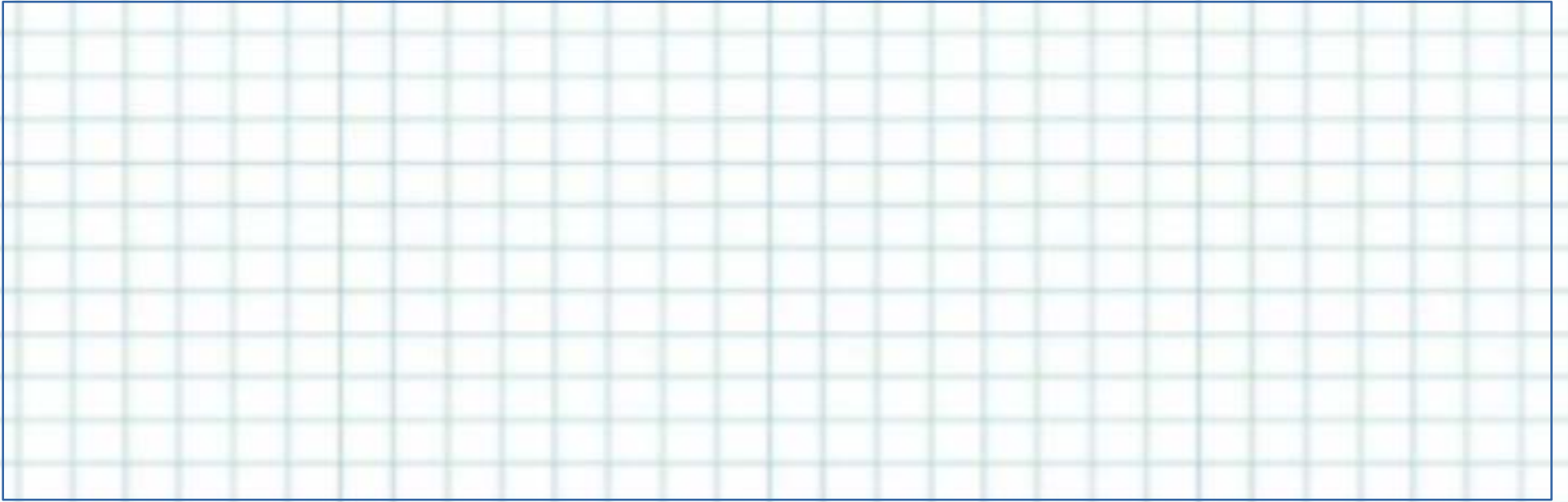
[Cliccando sul numero dei pazienti   possibile visualizzare la lista](#)

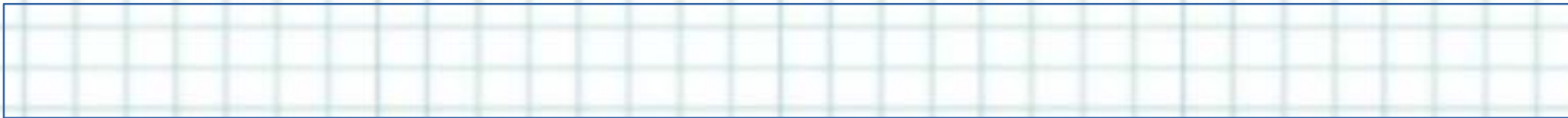
Centro	N.	%
ASLCN1 - SAVIGLIANO - SC DI NEUROPSICHIATRIA INF	154	3,9%
ASL TO1 TORINO - S.C. DI NPI	71	1,8%
ASL NO Borgomanero - SC DI NPI	69	1,8%
ASO AL "SS ANTONIO, BIAGIO E C. ARRIGO"	33	0,8%
ASL TO3 Pinerolo - SC DI NPI	13	0,3%
OIRM S.ANNA DIP NEUROPSICH INF.	5	0,1%
ASO Maggiore della Carit� NO -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



## 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

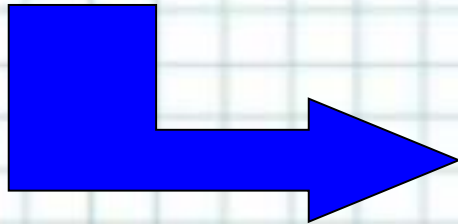
- *Ciò al fine di consentire opportune riflessioni teoriche e sul modus operandi degli stessi ed avere informazioni utili a progettare successivi eventi formativi.*
- *I dati raccolti, sono stati poi oggetto di dibattito nel corso di un audit interno.*



# 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%)
<b>S. Ipercinetiche F90-F90.9</b>	<b>57 (6%)</b> <b>0,09%</b>
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 sé".*
- 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:

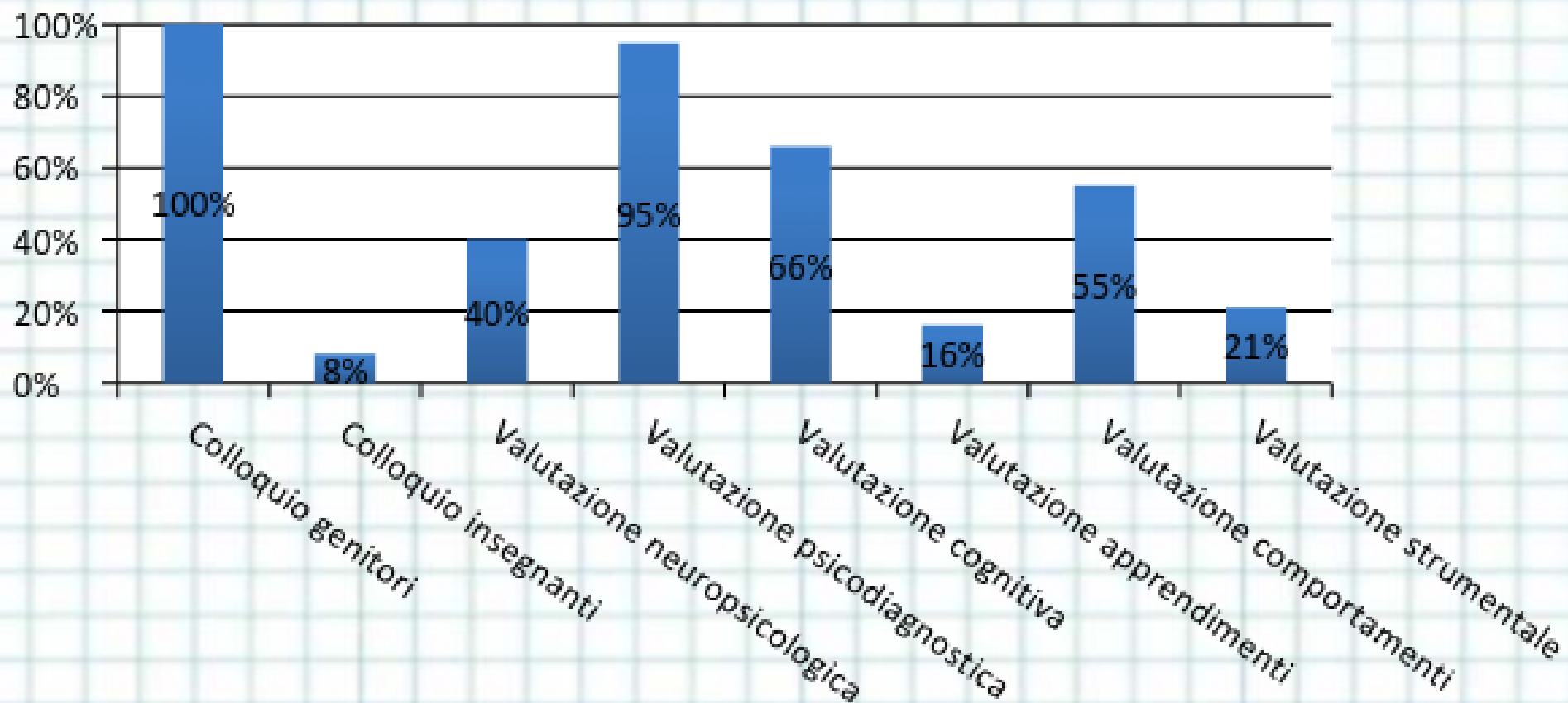
- F92 *"disturbi misti della condotta e della sfera emozionale"*
- F93 *"sindrome e disturbo della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia"*
- F70 *"ritardo mentale lieve"*

## 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 psicomotivo
  - 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 inespresse*

- Assenza di qualsiasi supporto (economico, logistico, personale)
- Le attività dei centri sono "un surplus" rispetto alle attività istituzionali dei servizi
- Funzionalità dei centri demodata 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