Diapositiva 1

IL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA': l'epidemiologia del disturbo

Dott.ssa Riccarda D'Angelo
Specialista in Neuropsichiatria Infantile

Foligno, 18/02/2010

Diapositiva 2

Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (DDAI o ADHD)

Disturbo
da
Deficit
di
Attenzione
e
Iperattività

SINDROME COMPORTAMENTALE

- Impulsività
- Accentuati livelli di attività motoria
- Incapacità di fissare l'attenzione in maniera continuativa

Diapositiva 3

ADHD

- **E' uno dei più frequenti disturbi dello sviluppo neuropsichico ad esordio in età evolutiva (per definizione prima dei 7 anni di età) che interferisce con molte aree del normale sviluppo e funzionamento del bambino, e che può predisporre ad altri disturbi psichiatrici e/o disagio sociale nelle fasi successive della vita.**

Diapositiva 4

INATTENZIONE



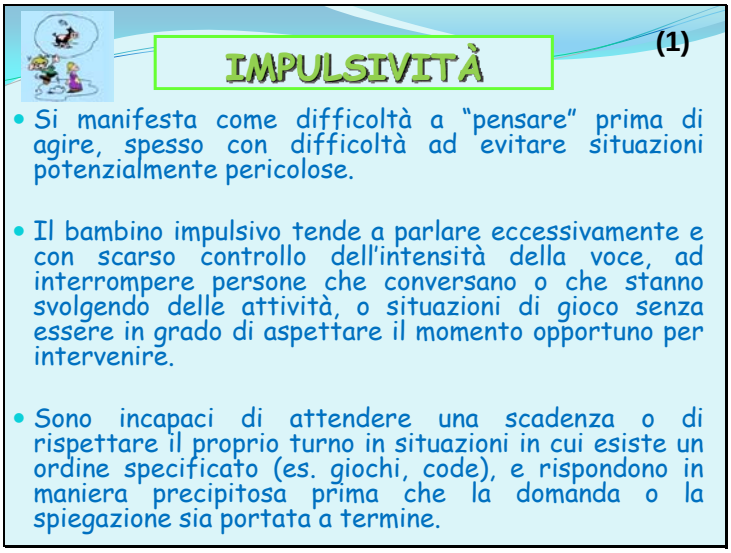
L'**inattenzione** (o facile distraibilità) si manifesta soprattutto come:

- difficoltà a rimanere attenti
- scarsa cura per i dettagli
- incapacità a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato a portare a termine le azioni intraprese.

I bambini disattenti presentano:

- un rapido raggiungimento di un elevato livello di "stanchezza" e di "noia" che li fa apparire costantemente distratti, come se avessero sempre altro per la mente
- evitano di svolgere attività protratte che richiedano attenzione per i particolari od abilità organizzative
- perdono frequentemente oggetti significativi
- dimenticano attività importanti.

Diapositiva 5



Diapositiva 6



Diapositiva 7

IPERATTIVITÀ

- Si caratterizza per una costante, eccessiva attività motoria. Questi bambini hanno grosse difficoltà a rimanere fermi, giocherellano continuamente con le mani e con i piedi, non riescono a stare seduti a lungo, corrono o si arrampicano in modo esagerato.
- Hanno difficoltà a dedicarsi ad attività di svago in modo tranquillo e tendono a giocare rumorosamente.
- I genitori e gli insegnanti li descrivono "come se fossero mossi da un motorino", hanno difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei.

Diapositiva 8

L'incapacità a rimanere attenti ed a controllare gli impulsi fa si che, spesso, i bambini con ADHD abbiano una **minore resa scolastica** e sviluppino con maggiore **difficoltà** le proprie abilità cognitive.

Frequentemente questi bambini mostrano scarse abilità nell'utilizzazione delle **norme di convivenza sociale**, in particolare in quelle capacità che consistono nel cogliere quegli indici sociali non verbali che modulano le relazioni interpersonali.

Diapositiva 9

I sintomi di base associati a:

- difficoltoso rapporto con gli altri,
- difficoltà scolastiche,
- continui rimproveri da parte delle figure di autorità,
- senso di inadeguatezza in contrasto con le proprie capacità,

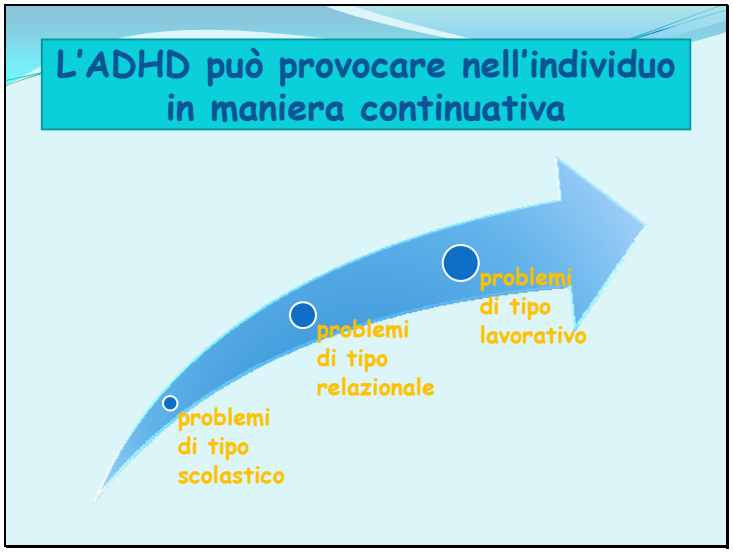
fanno sì che questi bambini sviluppino un senso di demoralizzazione e di ansia, che accentua ulteriormente le loro difficoltà.

- Questo determina una significativa **interferenza nella qualità delle relazioni** tra questi bambini ed il mondo che li circonda.

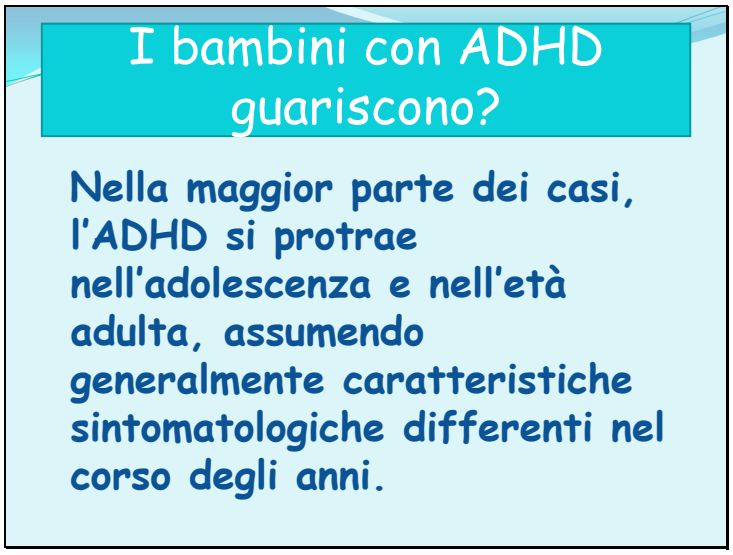
Diapositiva 10

Mentre la normale iperattività, impulsività e instabilità attentiva non determinano significative conseguenze funzionali, il vero ADHD determina conseguenze negative a breve e lungo termine.

Diapositiva 11



Diapositiva 12



Diapositiva 13

Epidemiologia

L'**epidemiologia** (dal Greco επι= sul, δημος= popolo e λογος= discorso, studio) è la disciplina biomedica che si occupa dello studio della **distribuzione e frequenza** di malattie e di eventi di rilevanza sanitaria nella popolazione.

Diapositiva 14

Prevalenza

La prevalenza misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano la malattia.

Diapositiva 15

Epidemiologia nella popolazione mondiale

Si ritiene che una percentuale variabile dal

3% al 9%

della popolazione mondiale in età infantile presenti tale disordine.

Tuttavia è ampio l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica:

1-20%

Diapositiva 16

Prevalenza in Italia

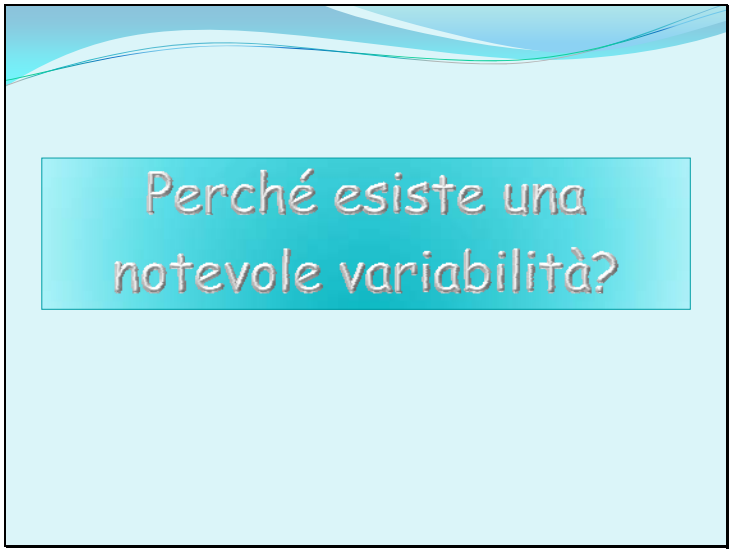
In Italia la prevalenza nei bambini in età scolare è stimata tra

il 3 e il 5%

(secondo i criteri del DSM-IV).

È più frequente nel sesso maschile con rapporto M:F = 3:1 fino a 9:1

Diapositiva 17



Diapositiva 18



Diapositiva 19

Differenti criteri utilizzati per diagnosticare il disturbo

Principali manuali diagnostici per i disturbi psichiatrici:

DSM-IV-TR= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (pubblicato dall'American Psychiatric Association)

ICD-10= International Statistical Classification of Disease (dell'Organizzazione Mondiale della Sanità)

Diapositiva 20

Sistemi Classificativi

DSM-IV-TR

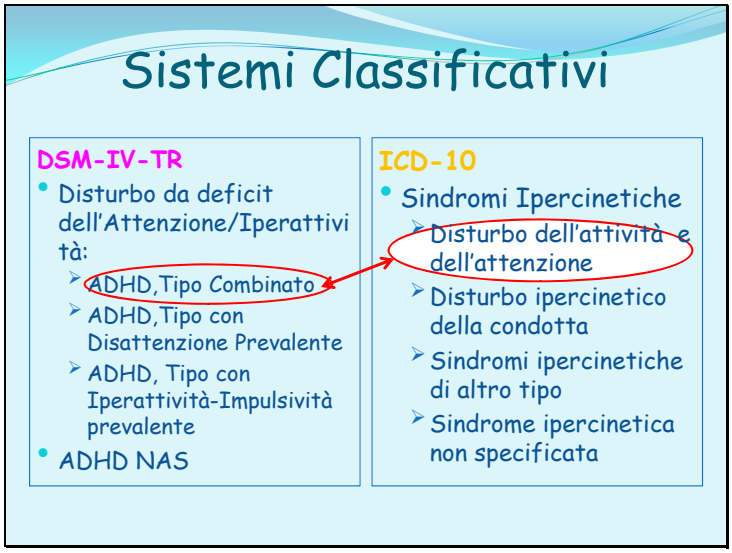
- Disturbo da deficit dell'Attenzione/Iperattività:
  - ADHD,Tipo Combinato
  - ADHD,Tipo con Disattenzione Prevalente
  - ADHD, Tipo con Iperattività-Impulsività prevalente
- ADHD NAS

ICD-10

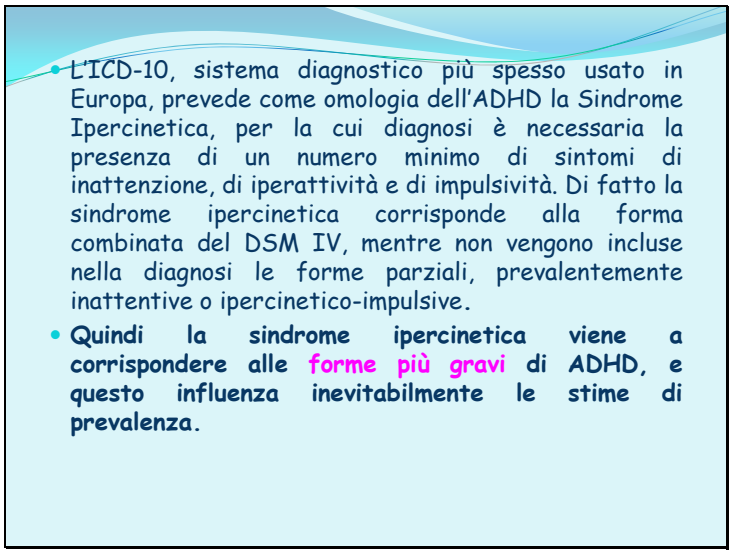
Sindromi Ipercinetiche:

- Disturbo dell'attività e dell'attenzione
- Disturbo ipercinetico della condotta
- Sindromi ipercinetiche di altro tipo
- Sindrome ipercinetica non specificata

Diapositiva 21



Diapositiva 22



Diapositiva 23

Sicuramente i diversi criteri diagnostici, facenti riferimento a differenti codici nosografici (DSM per gli studi americani e ICD per gli studi di matrice europea), utilizzati nei diversi paesi contribuiscono a rendere **difficile un confronto** dei dati a nostra disposizione.

Diapositiva 24

L'ICD 10 presenta elementi più restrittivi di inclusione in quanto **esclude alcune comorbilità,** che invece sono ammesse con il DSM-IV.

Per **comorbilità**, in campo medico, si intende la coestistenza di due (o più) patologie diverse in uno stesso individuo. In psichiatria il concetto non comprende obbligatoriamente due malattie distinte, ma anche la presenza di molteplici diagnosi ad un paziente sulla base dei sintomi presentati.

Per cui la diagnosi effettuata basandosi sui criteri del DSM, senza escludere le comorbilità, può arrivare ad indici di prevalenza fino a quasi al **18%;** Con i criteri più restrittivi dell'ICD 10, escludendo eventuali comorbilità, sono state osservate prevalenze fino al **2%.**

Diapositiva 25

In tutti gli studi gli indici di prevalenza maggiori, ovunque essi siano stati effettuati, sono stati osservati quando la diagnosi si basava sui criteri del DSM-IV, che allargano certamente l'ambito della diagnosi, rischiando di includere falsi positivi, ma appaiono **caratterizzare meglio l'eterogeneità** del disturbo.

Diapositiva 26

Giorgio, 8 anni frequenta la III elementare

E' un bambino triste, gli viene da piangere anche senza motivo, è sempre in movimento, disattento, non aspetta mai il suo turno, interrompe gli amici mentre giocano, le insegnati mentre spiegano.

Spesso ha difficoltà nel dormire, ha poco appetito e ultimamente ha ricorrenti pensieri di morte.

Diapositiva 27

Giorgio, 8 anni frequenta la III elementare

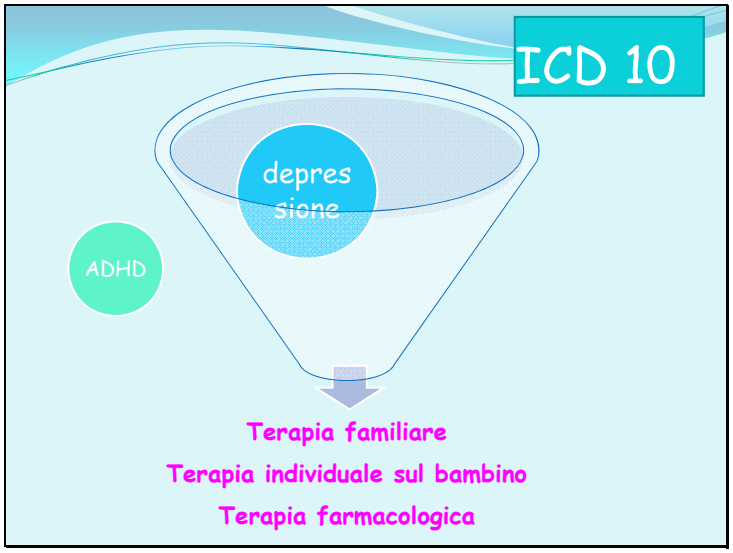
- E' sempre in movimento (=iperattivo), disattento, non aspetta mai il suo turno, interrompe gli amici mentre giocano, le insegnati mentre spiegano (=impulsivo) = ADHD
- E' un bambino triste, spesso gli viene da piangere anche senza motivo, ha difficoltà nel dormire, ha poco appetito e ultimamente ha ricorrenti pensieri di morte = DISTURBO DEPRESSIVO

Diapositiva 28

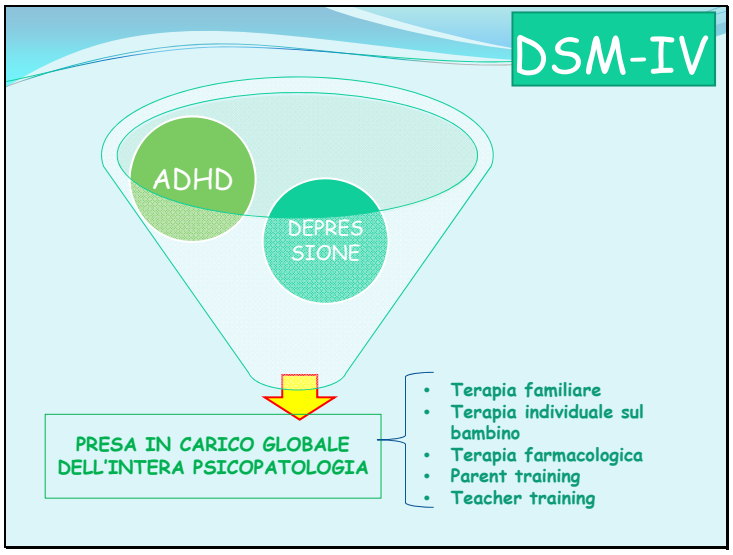
Giorgio, 8 anni frequenta la III elementare

- E' un bambino triste, spesso gli viene da piangere anche senza motivo, e' sempre in movimento (aumento dell'attività motoria definita "depressione agitata"), disattento (ridotta capacità di concentrarsi), ha difficoltà nel dormire, ha poco appetito e ultimamente ha ricorrenti pensieri di morte = DISTURBO DEPRESSIVO
- Non aspetta mai il suo turno, interrompe gli amici mentre giocano, le insegnati mentre spiegano (=impulsivo)= ??????

Diapositiva 29



Diapositiva 30



Diapositiva 31

Fattori che incidono sulla variabilità della stima epidemiologica:

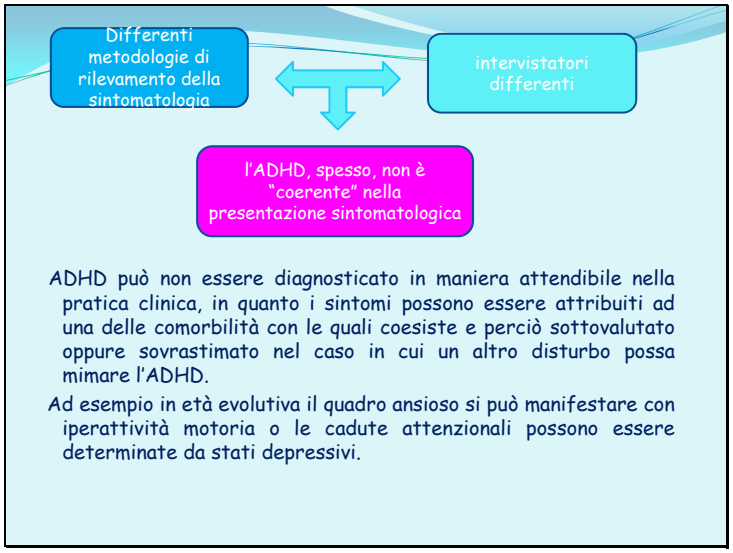
- Differenti criteri utilizzati per diagnosticare il disturbo
- Inclusione o meno negli studi di soggetti con comorbilità
- Metodologia di selezione del campione
- Età
- Sesso
- Fonti di informazione (genitori, insegnanti, insieme o separatamente)
- Nazionalità e tipologia della popolazione in esame (rurale o urbana)

Diapositiva 32

Metodologia di selezione del campione

- Utilizzo di differenti metodologie di rilevamento della sintomatologia: questionari (rating scale) o interviste cliniche affidate a intervistatori differenti (neuropsichiatri infantili, psicologici, pediatri, insegnanti e genitori).
- Molti studi sottolineano come il rilevamento della patologia da parte degli insegnanti comporti una sovra-diagnosi di ADHD, ma un non coinvolgimento degli stessi può determinare una sotto-diagnosi dato che spesso i genitori tendono a sottovalutare le difficoltà del bambino e la necessità di un trattamento.

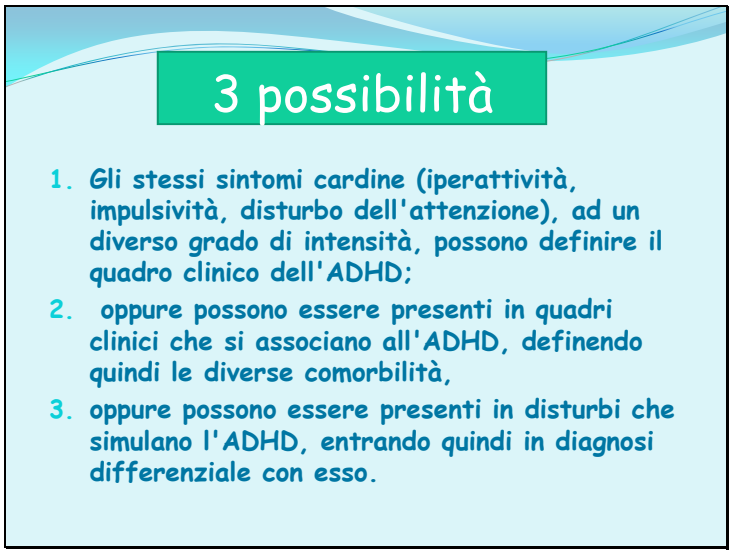
Diapositiva 33



ADHD può non essere diagnosticato in maniera attendibile nella pratica clinica, in quanto i sintomi possono essere attribuiti ad una delle comorbilità con le quali coesiste e perciò sottovalutato oppure sovrastimato nel caso in cui un altro disturbo possa mimare l'ADHD.

Ad esempio in età evolutiva il quadro ansioso si può manifestare con iperattività motoria o le cadute attenzionali possono essere determinate da stati depressivi.

Diapositiva 34



Diapositiva 35

Presenza di deficit funzionali

- La prevalenza è molto più elevata se per la diagnosi viene valutata la sola presenza dei sintomi cardine della malattia.
- Invece è necessario considerare, come è prescritto dai sistemi diagnostici categoriali, anche l'**impatto** che tali sintomi devono avere sulla normale funzionalità dell'individuo, si assiste ad una massiccia riduzione dell'indice di prevalenza.

Diapositiva 36

ADHD: CRITERI DIAGNOSTICI (DSM-IV)

A. **Sei** o piu' sintomi di Inattenzione (A1) o di Iperattività / Impulsività (A2) presenti per almeno 6 mesi.
B. Esordio **prima dei 7 anni** di età
C. Disturbo presente in **almeno due** situazioni (scuola, casa, gioco, attività extrascolastiche, etc.)
D. Compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico, occupazionale

Diapositiva 37

Fabio, II elementare

- E' un bambino sicuro di sé, curioso, vitale, allegro, molto intelligente.
- Iperattivo (si alza spesso dal suo posto, si muove sulla sedia, all'intervallo corre come un cavallo), disattento (si distrae facilmente ma riesce a riprendere il bandolo della matassa del compito che sta svolgendo), impulsivo (risponde precipitosamente alle insegnanti ma talvolta anche in maniera pertinente, interrompe la spiegazione della maestra, interrompe i giochi degli altri bambini) ma è simpatico, è divertente, è leader con i compagni che lo seguono e gli vogliono bene.
- La famiglia lo contiene, per quel che riesce, lo supporta…e lo sopporta!

Diapositiva 38

Età del campione

- Anche l'età del campione è importante, in quanto la sintomatologia può modificarsi con l'età: intorno all'adolescenza almeno 1/3 dei soggetti può presentare un numero inferiore di sintomi tale da non consentire più la diagnosi di ADHD.
- La discrepanza tra remissione sintomatologica e remissione funzionale, è attribuibile al fatto che in una percentuale importante di soggetti le conseguenze del disturbo (ad es. compromissione nella carriera scolastica) possono persistere ben oltre la remissione dei sintomi.
- Le discordanze dei dati di frequenza nell'adulto sembrano essere quindi attribuibili maggiormente al tipo di definizione di remissione utilizzata, piuttosto che alla storia naturale del disturbo.

Diapositiva 39

Differenze culturali

- Negli Stati Uniti l'ADHD è studiata in maniera estensiva da almeno 40 anni.
- Nei paesi del Mediterraneo il riconoscimento della patologia è divenuto più comune solo recentemente.
- Predominanza delle ricerche statunitensi ha creato l'impressione che il disturbo possa essere un "problema fondamentalmente americano".

Diapositiva 40

In Italia?

In Italia il tema dell'ADHD è stato ampiamente trascurato, e le ragioni di tale sottostima sono diverse.

1. Innanzitutto un approccio clinico alla psichiatria infantile fortemente connotato in senso **psicodinamico**, e centrato quindi sul ruolo del conflitto interiore, che ha caratterizzato la psichiatria infantile italiana, ha portato a vedere con sospetto un quadro clinico definito in gran parte da comportamenti disfunzionali.

Diapositiva 41

2. In secondo luogo un **approccio antinosografico**, anch'esso fortemente presente nella cultura psichiatrica infantile italiana, ha fatto sì che **la difficoltà di individuare una chiara soglia tra normalità e patologia è stata considerata come un elemento per sostenere l'inconsistenza dell'ADHD come entità clinica definita**, per cui è stata abnormemente innalzata la soglia della significatività clinica, confondendo i bambini ADHD con i bambini vivaci, e privando i primi di possibili trattamenti efficaci.

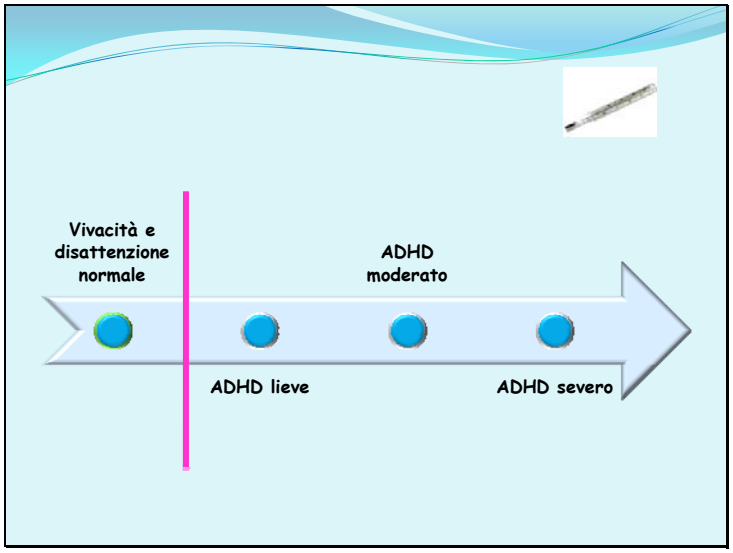
Diapositiva 42

In realtà la difficoltà di individuare una chiara soglia tra normalità e patologia accomuna l'ADHD non solo a gran parte dei quadri psicopatologici, soprattutto in età evolutiva, ma anche a molte malattie internistiche nelle quali la soglia tra normalità e patologia è stata sottoposta a frequenti revisioni.

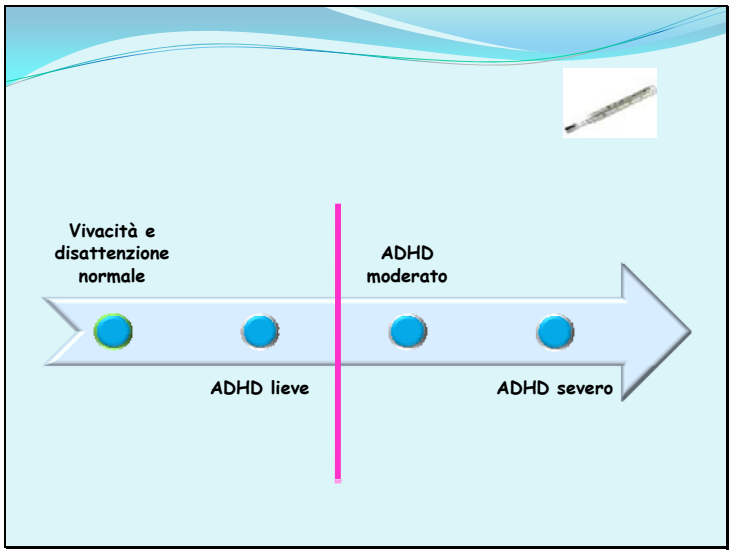
Diapositiva 43

Ad es. può essere discusso il chiaro confine tra la glicemia normale e patologica, oppure tra la pressione arteriosa normale e patologica, oppure ancora tra la colesterolemia normale e patologica. Nei soggetti che sono in prossimità della linea di confine può essere discussa la migliore strategia di trattamento (es. farmaci o dieta?), o anche l'opportunità di una strategia attendista. Ma nei soggetti che superano ampiamente tale soglia una strategia di attesa è assolutamente contraria agli interessi dei soggetti.

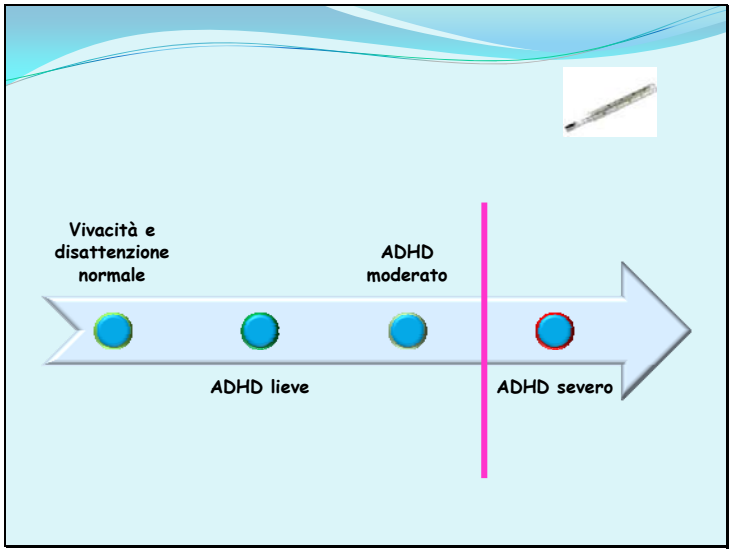
Diapositiva 44



Diapositiva 45



Diapositiva 46



Diapositiva 47

3. Una causa ulteriore, che è però anche una conseguenza dei due fattori precedenti, è il fatto che in Italia si guarda ancora con sospetto al **trattamento farmacologico,** che in gran parte dei paesi del mondo rappresenta la prima scelta nella cura dell'ADHD.

Diapositiva 48

Qualcosa è cambiato….

Negli ultimissimi anni qualcosa si è modificato in questo panorama.

- E' sorta una Associazione Italiana sul Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (AIDAI),
- E' stata fondata una Associazione Italiana di Famiglie di bambini ADHD (AIFA),
- soprattutto sono stati individuati alcuni Centri clinici accreditati alla diagnosi e terapia (Centri di Riferimento per l'ADHD). Uno di questi centri è quello diretto dal Prof. Mazzotta, UOC di NPI di Terni (unico in Umbria realmente operante!)
- Istituito il Registro Italiano per l'ADHD

Diapositiva 49

Obiettivi del Registro

Gli obiettivi del Registro sono quelli di monitorare l'uso dei farmaci per l'ADHD (Metilfenidato e Atomoxetina) e verificare:

- la sicurezza,
- il beneficio,
- la compliance

alla terapia farmacologica da sola o in associazione ad altri interventi terapeutici (farmacologici e non farmacologici), a medio e a lungo termine, nel soggetto affetto da ADHD.

Diapositiva 50

Sesso

Rapporto M:F = 3:1 fino a 9:1

La differenza tra i sessi sembra riferibile alla tipologia dei sintomi tra maschi e femmine.

Sicuramente le bambine presentano i sintomi cardine del disturbo e condividono con i maschi i problemi ad esso correlati: alterazioni nell'apprendimento, l'elevata percentuale di insuccessi scolastici e l'alto tasso di comorbilità.

Diapositiva 51

- Tuttavia la maggior frequenza di sintomatologia dirompente nei maschi, che presentano più comunemente della bambine iperattività, impulsività ed eventualmente comportamento oppositivo, può costituire un bias nella valutazione del rapporto tra i sessi.
- Infatti la componente impulsiva/aggressiva determina una più costante e precoce richiesta di assistenza rispetto alla sintomatologia inattentiva, più frequente nelle femmine, facendo sì che in queste ultime la prevalenza del disturbo possa essere sottostimata.

Diapositiva 52

La popolazione ADHD femminile risulta maggiormente **"silente"**, affetta cioè con maggior prevalenza della variante prevalentemente inattentiva.

Questo comporterebbe da un lato l'impossibilità della diagnosi secondo i criteri nosografici dell'ICD-10, ma dall'altro una sottodiagnosi anche rispetto al DSM-IV in quanto il disturbo sarebbe meno disfunzionale da un punto di vista comportamentale e quindi meno soggetto al rilievo clinico.

Diapositiva 53

Incremento dell'ADHD negli ultimi anni?

Alcuni autori hanno attribuito tale apparente aumento ai cambiamenti della società, sempre più complessa e frenetica tanto da influire in senso negativo sullo sviluppo neurobiologico. Bambini con ridotte capacità di elaborare le informazioni si scompenserebbero non riuscendo a seguire il rapido ritmo della vita quotidiana, manifestando più che in passato i sintomi dell'ADHD.

Diapositiva 54

- **I dati della ricerca non supportano un vero incremento della prevalenza del disturbo, mentre indicano un'aumentata frequenza di diagnosi nella pratica clinica.**
- **La ragione va ricercata nella più approfondita conoscenza del disturbo, nello sviluppo delle capacità diagnostiche, nella maggiore sensibilizzazione nei confronti della patologia da parte di tutte le figure coinvolte nella gestione di bambini ADHD.**

Diapositiva 55

- Va sottolineato che nel contesto sociale e culturale attuale la **crescente importanza della scolarizzazione**.
- Indubbiamente la scuola è il contesto nel quale i sintomi determinano il massimo dell'interferenza funzionale, sia in termini di apprendimento che relazioni interpersonali. E' quindi probabile che forme meno gravi, che qualche decennio fa sarebbero state "sotto soglia", in termini di interferenza funzionale, oggi siano clinicamente più gravi, maggiormente evidenti.

Diapositiva 56

- E' invece sostenibile che la prevalenza delle forme clinicamente più gravi sia indipendente da tali cambiamenti secolari.
- L'ADHD in forma grave e complessa rappresenta **l'1%** dei bambini e degli adolescenti.

Diapositiva 57

Prevalenza in vari paesi del mondo

Autori	Criteri diagnostici	Nazione	Procedura diagnostica	Fonte d'informazione	Età	Prevalenza
Kadesjo & Gillberg 2001	DSM-IV	Svezia	Scale/intervi ste	Genitori/Insegnanti	6.5-7-5	3.7
Baungaertel et al. 1995	DSM-IV	Germania	Scale	Insegnanti	5-12	17.8
Hudziak et al. 1998	DSM-IV	Stati Uniti	Interviste	Genitori	13-19.5	9.9
Magnusson et al. 1999	DSM-IV	Islanda	Scale	Genitori/Insegnanti	6-8	Insegnanti 5.7 Genitori 4.7
Nolan et al. 2001	DSM-IV	Stati Uniti	Scale	Insegnanti	3-18	15.8
Graetz et al. 2001	DSM-IV	Australia	Scale/intervi ste	Genitori	6-17	7.1
Mugnaini et al. 2006	DSM-IV	Italia	Scale	Insegnati	6	7.1
Zuddas et al. 2006	DSM-IV	Italia	Scale	Genitori/Insegnanti	6-11	Insegnanti 11.4 Genitori 3.5 Insegn+Gen 1.5

Diapositiva 58

Prevalenza in vari paesi del mondo (criteri ICD)

Autori	Nazione	Procedura diagnostica	Fonte d'informazione	Età	Prevalenza
Gillberg et al. 1983	Svezia	Scale/intervi ste	Genitori	5-12	2.0
Esser et al. 1990	Germania	Scale/intervi ste	Genitori	8 13	4.0 2.0
Taylor. Et al. 1991	Regno Unito	Scale/intervi ste	Genitori	7	2.0
Leung et al. 1996	Hong Kong	Scale/intervi ste	Genitori/insegnanti	7-8	1.0

Diapositiva 59

Grazie per l'attenzione.

