

Quali percorsi diagnostico-terapeutici per i bambini con disturbo dell'attività e dell'attenzione in un Servizio NPI territoriale? Riflessioni e proposte

S. Chiodo, S. Belmonte,, F. Agazzi, F. Bringhenti,
L. DeMelas, S. Costa, G. Rigon

Servizio NPI, area città, USL Bologna

1

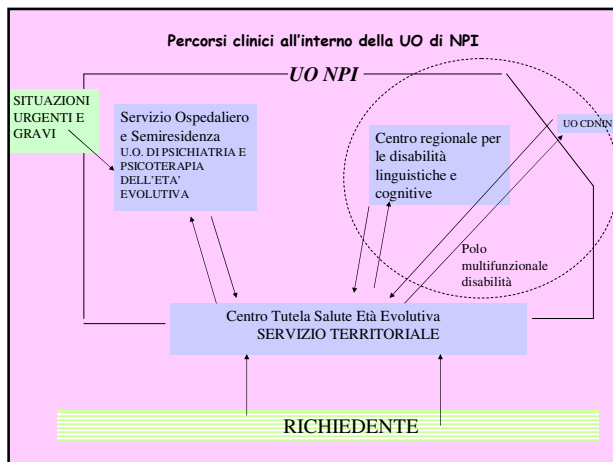
Studio clinico

Analisi retrospettiva di una casistica di pazienti in età evolutiva, afferenti al Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'area città della Azienda USL di Bologna, con diagnosi di disturbo da deficit di attenzione ed iperattività.

I fini dello studio sono stati:

- 1) analizzare le *caratteristiche cliniche* della popolazione interessata ;
- 2) verificare il *percorso diagnostico e terapeutico* attualmente applicato a tali pazienti;
- 3) individuare eventuali *fattori prognostici (favorevoli e sfavorevoli) e terapeutici.*

2



Materiali e metodi

Campione: pazienti in carico al Servizio , al **Giugno 2004**, con diagnosi **ICD-10** di:

- **F 90.0** (disturbo dell'attività e dell'attenzione)
- **F 90.1** (disturbo ipercinetico della condotta)

Escludendo:

-pazienti con sintomi di iperattività/inattenzione "secondari" a patologie gravi e complesse (RM gravi, encefalopatie epilettiche, disturbi sensoriali importanti.)

E' stata somministrata un' **intervista** ai singoli operatori (NPI o Psicologi) che avevano in carico uno o più pazienti con tale diagnosi

4

Dati raccolti con l'intervista e la consultazione della cartella clinica:

- anagrafici;
- follow-up (intervallo tra primo ed ultimo controllo);
- referente; inviante;
- anamnesi familiare (per ADHD, pat. psych, pat. croniche gravi);
- presenza di problemi familiari/economici/sociali (morte di un genitore, conflitti o separazione di coppia, difficoltà economiche, degrado sociale)
- quadro clinico all'ingresso (relaz.famil., sociali, rendimento scolast.)
- percorso diagnostico
- trattamento
- evoluzione: punteggio CGI (Clinical Global Impression) al primo e all'ultimo controllo.

5

Risultati

tot. Pz.	40				
Maschi	35	(87,5%)	Rapporto		
Femmine	5	(12,5%)	M:F =7:1		
Età anagrafica	Media 10.3 aa	Range 18.4aa - 6.4 aa			
Età d'ingresso	Media 7.1 aa	Range 11.1 aa - 2 aa			
Follow up	Media 2.9 aa	Range 8.3 aa - 7m			
Referente	NPI 15 (37,5%)	Psicologo 25(68,5%)			
Diagnosi ICD10	F 90.0 31 (77,5%)	F 90.1 9 (22,5%)			
Inviante	Scuola 22 (55%)	Altro Serv 6 (15%)	Pediatra 4(10%)	Famiglia 4 (10%)	Sociale/Tribunale 4 (10%)
Anamnesi familiare	ADHD 7 (17,5%)	Pat. Psych 17 (42,5%)	Pat croniche 10 (25%)	Probl fam/socio/ecopn 20 (50%)	

Anamnesi personale:			
Sofferenza pre-peri.post natale	5 (12,5%)		
Ritardo di sviluppo	Linguaggio 17 (42,5%)	Motorio 7 (17,5%)	Cogn./relaz. 8 (20%)
Esordio dei sintomi nucleari	< 3 aa 14 (35%)	3-6 aa 22 (55%)	> 6 aa 4 (10%)
Quadro clinico all'ingresso:			
Relazioni intrafamiliari	Buone/normali 18 (45%)	Mediocri/pessime 22 (55%)	
Socializzazione con i pari	Buone/normali 13 (32,5%)	Mediocri/pessime 27 (67,5%)	
Rendimento scolastico	Buone/normali 11 (27,5%)	Mediocri/pessime 29 (72,5%)	
Sintomi associati	Ansiosi 14 (35%)	Depressivi 16 (40%)	opposit/provocat solo in F90.0 12:31 (38,7%)

Percorso diagnostico:	Colloqui con:			TEST:
	genitori	Bambino	Insegnanti	
	40 (100%)	40 (100%)	27 (67,5%)	QI 25 (62,5%) proiettivi 32(80%) appr/logo 17 (42%) specifici per ADHD 7 (17,5%)
QI	n.n. 32 (80%)	Border 5 (12,5)	RM lieve 3 (7,5%)	
Codiagnosi ICD10	Totale in 23 (57,5%)	F 81 (D.S.A) 11 (27,5%)	F 80 (D.L.) 4 (10%)	Dist neurologici 4 (10%)
Certificazione L.104/92	19 (47,5%)			

Trattamento:				
Farmacotp	5 (12,5%)	1 SSRI 4 MPH 1 LTG 1 Nopron		
Interventi su:	Bambino 30 (75%)	Genitori 31 (77,5%)	Scuola 23 (57,5%)	Serv. Sociale 10 (25%)
	-Psicoterapia psicodinamica 15 (37,5%) -Psicot. Cognitivo-comportamentale 3 (7,5%) -Logopedia 12 (30%) Psicomotricità 5 (12,5%) Interv educativo 9 (22,5%)	-Psicoterapia psicodinamica 5 (12,5%) -Colloqui di sostegno 26 (65%)	-Colloqui insegnanti 22 (55%) -Didattici 7 (17,5%)	Assegni familiari, casa alloggio, interv. Educativi, tutela minori

CGI (Clinical Global Impression):

- Normale, assolutamente non malato:**
- il bambino si comporta bene in tutti gli ambiti
- non è necessaria una struttura di sostegno
- non è diverso da altri bambini
- Malato in maniera minima:**
- difficoltà limitate ad un solo settore
- poca o nessuna necessità di una struttura di sostegno
- compromissione ai limiti
- Leggermente malato:**
- qualche problema in un solo ambito*
- Moderatamente malato:**
- qualche problema in almeno due ambiti
- difficoltà significative con la produttività scolastica e/o nella gestione del -comportamento
- Marcatamente malato:**
- problemi in almeno tre ambiti
- stress significativo per gli altri
- relazioni sociali compromesse
- Gravemente malato:**
- problemi significativi tutti i giorni/in tutti gli ambiti
- fallimento in ambiente educativo/sociale
- è necessaria una supervisione giornaliera, per tutta o gran parte della giornata
- Molto gravemente malato:**
- tutto ciò di cui al punto 6 con necessità di ricovero in struttura ospedaliera

* per "ambito" da intendere scuola e/o famiglia e/o gioco o altre attività del bambino.

2 + 3 = **Lieve**

4 = **Moderato**

5 + 6 = **Grave**

Intensità del disturbo: secondo CGI			
Iniziale	Grave 19 (47,5%)	Moderato 19 (47,5%)	Lieve 2 (5%)
Finale	Grave 10 (25%)	Moderato 18 (45%)	Lieve 12 (30%)
Evoluzione:			
	Migliorati 21 (52,5%)	Stazionari 17 (42,5%)	Peggiorati 2 (5%)

Analisi statistica:

E' stata eseguita un'analisi statistica utilizzando il test esatto di Fisher che consente di valutare nel caso di piccoli campioni la significatività (p<0,05) tra due variabili.

Si sono analizzati i fattori che potevano influire in modo statisticamente significativo sulla gravità di presentazione del quadro e sull'evoluzione del disturbo.

Discussione

L'analisi delle caratteristiche cliniche del campione studiato (familiarità, fattori ambientali, antecedenti personali, comorbidità) conferma i dati **riportati in letteratura a favore di una eziopatogenesi multifattoriale del disturbo (fattori genetici, biologici e ambientali)**

13

Verifica del percorso diagnostico e terapeutico:

Nell'iter diagnostico è risultato poco frequente (17,5%) l'utilizzo di test specifici ad es. per attenzione (es CPT) ed impulsività (es MF) e di questionari centrati sui sintomi ADHD (es. SDAI, SDAG).

Nessuno dei trattamenti proposti è risultato incidere singolarmente sull'evoluzione del disturbo (test di Fisher). Questo dato va interpretato ricordando che:

- è necessario un approccio multimodale con interventi coordinati ed integrati sul bambino, sulla famiglia e sulla scuola.
- è ancora limitata in Italia la diffusione della terapia farmacologica di elezione (MPH).

14

3. Fattori prognostici e terapeutici

Incidono in modo statisticamente significativo ($p < 0,05$) sulla presentazione "grave" del disturbo all'ingresso:

- relazioni familiari deteriorate, difficoltà di socializzazione con i pari e scarso rendimento scolastico.
- la presenza di comportamenti oppositivo-provocatori.

-Inoltre i pazienti F 90.1(ADHD + DC) sono risultati i più gravi anche all'uscita, confermando i dati della letteratura che sottolineano come l'associazione con manifestazioni "esternalizzanti" sia un fattore prognostico negativo.

La presenza di **pregresso ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie** è risultata essere un fattore prognostico negativo.

15

-L'ultimo dato è che la **certificazione** (legge 104/92) si associa in modo positivo ($p < 0,05$) al miglioramento del disturbo. Questo non significa che i bambini con ADHD andrebbero certificati, anzi è sconsigliabile (anche per non alimentare l'immagine negativa che il bambino ha di sé) ma che il supporto scolastico e didattico, coordinato dal clinico referente, appare non solo importante, ma anche significativamente correlato con un miglioramento in ambito globale.

16

Riflessioni e proposte

I dati ottenuti da questo studio ci hanno permesso alcune riflessioni sulla modalità attuale operativa e sulla necessità di alcune modifiche nella presa in carico dei pazienti affetti da questo disturbo.

L'1,2% degli utenti del Servizio NPI della città di Bologna (su un'utenza 0-18 aa di 3309 pazienti) risulta presentare una diagnosi di ADHD. Questo dato può considerarsi molto attendibile, in quanto grazie all'intervista con il clinico referente, è stato possibile eliminare con un'analisi più attenta alcuni casi falsi positivi.

La percentuale da noi rilevata propende per una sottodiagnosi della patologia (pari a circa 0,1% sulla popolazione generale 0-18 aa), che si può spiegare sia con la difficoltà in ambito clinico nel porre diagnosi di ADHD, come verbalizzato dai clinici intervistati e sia per l'utilizzo dell'ICD 10, più restrittivo rispetto al DSM.

17

Dall'analisi del nostro campione è risultata evidente una certa *disomogeneità* nel percorso diagnostico, con uno *scarso utilizzo di strumenti specifici*.

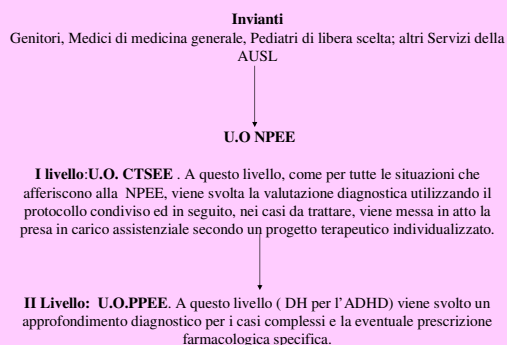
Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, dal nostro studio *è risultato necessario un approccio al disturbo di tipo multimodale*, come già definito dalle linee guida internazionali sul trattamento.

Inoltre si è evidenziata la *manca di tecniche più specifiche per il trattamento* (vedi parent- training , autoistruzioni verbali ecc..).

18

Partendo da tali esigenze, all'interno della U.O. NPEE è stato costituito un gruppo di lavoro interprofessionale che ha prodotto un protocollo clinico operativo per un utilizzo locale, basandosi sulle specifiche linee guida prodotte dalla SINPIA per l'ADHD. Questo protocollo, diffuso tra gli operatori del Servizio di Neuropsichiatria Infantile della Città di Bologna, prevede uno specifico percorso per la presa in carico organizzato su più livelli come riportato nello schema seguente.

19



20

Per quanto riguarda il percorso terapeutico, alcuni operatori, debitamente formati, hanno iniziato ad applicare il metodo del parent training con alcune coppie di genitori di bambini con diagnosi ADHD. Inoltre è stato possibile attivare a livello del DH di psichiatria e psicoterapia per l'età evolutiva il percorso per la fornitura di metilfenidato, che attualmente è possibile prescrivere ad alcuni casi selezionati

21