

**EPIDEMIOLOGIA DELL'ADHD:
riscontri recenti e revisione critica
Di Guido de Rènòche**

Tutti gli studi epidemiologici dell'ADHD considerano o hanno considerato i seguenti dati di prevalenza come riferimento:

- DSM-III (1980) 3%
- DSM-III-R (1987) 3%
- ICD-10 (1992) 1-2%
- DSM-IV (1994) 3-5%
- DSM-IV-TR (2000) 3-7%

L'arrivo del DSM-IV ha creato dei cambiamenti nel processo di diagnosi. Ne è seguita una modificazione della prevalenza generale e del rapporto maschi-femmine, la possibilità di identificare tre sottotipi di ADHD, e la conseguente validazione degli stessi, un'iperinclusione e una valutazione dimensionale vs una di tipo categoriale.

Di seguito verranno presentate due rassegne di studi che coprono rispettivamente gli anni 1996-1999 e gli anni 2000-2002.

STUDI SELEZIONATI 1996-1999

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
August 1996 USA	6-10	7231	DSM-III-R (Dica)	2,8 %	69 % adhd dopo 4-5aa
Gaub 1997 USA	Scolare	2744	DSM-IV (Snap-IV)	8,1 % (con Imp)	17 % Senza Imp Solo Ins.
Wolraich 1998 USA	Scolare	4323	DSM-IV Quest	6,8 % (con Imp)	Solo Ins; 16,1 % (senza Imp)
Gomez 1999 AUSTRALIA	5-11	1275	DSM-IV Rating S.	2,4 %	Solo Accordo Gen+Ins
Breton 1999 CANADA	6-14	2400	DSM-III-R (Disc 2,25)	5,4 Media (con Imp)	Range 3,3-8,9 %
Jensen 1999 USA	9-17	1285	DSM-III-R (Disc 2,3)	5,1 %	MECA
Ruiz 1999 SPAGNA	6-10	1433	DSM-IV (Quest)	14.05 %	Solo Insegn.
Rhode 1999 BRASILE	12-14	1013	DSM-IV	5,8 %	Val.Clinica+ checklist
Essau 1999 GERMANIA	12-17	1009	DSM-IV Inter.Strut.	0,2 %	15,8 % con 6 sintomi I e/o HI

Riepilogando il range di prevalenza è il seguente: totale 0,2-14,05%; età scolare 2,4-24,05 %; adolescenza 0,2-5,8%.

STUDI SELEZIONATI 2000-2002

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
<i>Gadow 2000</i> UCRAINA	10-12	600	DSM-IV (Csi4+Cbcl)	19,8 %	Gen+Ins c/o Chernobyl
Sgro 2000 CANADA	Presc. E Scolare	1465	Quest. per Gen.	4,7 %	1 % in FT
Guardiola 2000 BRASILE	Scolare	484	DSM-IV+ Quest	18 %	3,5 % con Criteri NPS
Pineda 2001 COLOMBIA	4-17	341	DSM-IV Rating Sc.	17,1 %	Gen+Ins
Graetz 2001 AUSTRALIA	6-17	3597	DSM-IV (Disc-iv)	6,8 % (con Imp)	7,5 % (senza Imp)
Kroes 2001 OLANDA	6-8	1317	DSM-III/IV Adika+Cbcl	3,7 %	14,9 % ADHD "Borderline "
Nolan 2001 USA	3-18	3006	DSM-IV Eci,Csi,Asi	15,8 %	Solo Ins.
Gadow 2001 USA	3-6	531	DSM-IV (Eci-4 RS)	12-35,3 %	12 % Genit 35,3 % Ins
Cuffe 2001 USA	Tardo-Adol.	3419	DSM-III-R (K-sads)	1,51 %	1,23 % se CGAS < 60
Romano 2001 USA	14-17	1201	DSM-III-R (Disc 2,25)	3,9 %	4,9 % Senza Imp
Rowland 2001 USA	Scolare	424	DSM-IV Rating Sc	12,7 %	16 % prev.stimata
Barbaresi 2002 USA	Coorte 5anni	5718	DSM-IV+ Doc.Clinic..	7,4- 16 %	Range stima incidenza cum.

Riepilogando il range di prevalenza è il seguente: totale 1,5-35,3%; età scolare 3,7-19,8% (età prescolare); adolescenza 1,51-3,9%.

Inoltre, studi sugli adolescenti (campione superiore ai 1000 soggetti) hanno riportato le seguenti percentuali:

- Rhode (1999): prevalenza 5,8 %
- Essau (1999) : prevalenza 0,2 %
- Romano (2001): prevalenza 3,9 %
- Cuffe (2001) : prevalenza 1,5 %

EPIDEMIOLOGIA AMMINISTRATIVA: FARMACI

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Zito 1999 USA	5-14	20794	ICD--CM NAMCS	1,9% 1989 3,6% 1996	In 8 anni > FT 14 %
Angold 2000 USA	9-16	4500	DSM-IIIR Capa+RS	6,1 % con 2,7% NOS	7,3 % in FT
Safer 2000 USA	Scolare	816465	Infermiere Scolast.	2,92 %	Prevalenza FT a scuola
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2 %	Studio retro di 1 anno
Brownell 2001 CANADA	0-19	314153	ICD-9- CM MHRR	1,52 %	Dgn in 2 anni; 0,89 % in FT
Rowland 2002 USA	Scolare	7333	Question. Per Gen.	10 %	7 % in FT
Lavigne 1996 USA	Prescol (Ped)	510	ND	2 %	Diagnosi
Hewson 1999 AUSTRALIA	Pediatr	14711 (visite)	ND	26,3 % visite adhd	1 anno
Wasserman 1999 P.Rico	4-15 (Ped)	22059 (visite)	Quest.Gen +PedList	9,2 %	AHPs
Robison 1999 USA	5-18	947208 2357833	ICD-9- CM NAMCS	1,1-2,8 % visite Adhd	1,1 (1990) 2,8 (1995)
Guevara 2001 USA	3-17	57216	ICD-9 HMO	5,2 %	Studio retro di 1 anno

STUDI ITALIANI

STUDIO	Età	N	Strumenti	Prevalenza	Commenti
Gallucci 1993	8-10	232	DSM-IIIR Quest.	3,9 %	Solo Ins. 6,9 sottosoglia
Camerini 1996	6-12	2557	RatingS+DS M-IV S	5 %	DSM-IVS>RS
Calzolari 2000	6-11	478	DSM-IIIR Quest.	5 % (-1,5) 7,9%(-1,7)	Solo Ins.
Marzocchi 2000	7-10	973	DSM-IV SDAI+RS	8,2 %	Solo Ins.
Marzocchi 2001	6-11	1085	DSM-IV SCOD-I	2,3 % (ADHD-C)	Solo Ins.

Da quanto emerso dalla rassegna di studi qui presentata si può concludere che il problema principale della psichiatria epidemiologica è quello di definire una precisa soglia diagnostica. Attualmente, nonostante esistano dei criteri diagnostici operativi ben definiti, la valutazione di tale soglia rimane relativamente soggettiva.

I range di prevalenza rimangono molto variabili: è difficile dire se questo dipenda da un aumento reale della sindrome o da un aumento del numero di persone che si rivolgono ai Servizi.

Comunque questa variabilità riscontrata suggerisce l'esistenza di un continuum della sintomatologia del disturbo.

Per una migliore indagine epidemiologica sarebbe necessaria una valutazione lifetime, da bambino ad adulto, nonostante questo sia abbastanza difficoltoso da ottenere.

Infine si sono evidenziate diverse traiettorie di sviluppo nel decorso correlate ad un determinato sottotipo.

Si suggeriscono ulteriori sviluppi e ricerche nei seguenti ambiti:

- continuità con criteri DGN ristretti
- comorbidità
- genetica
- eterogeneità/peculiarità nei pattern sintomatologici di sviluppo.