

Le Terapie Farmacologiche per il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività

Alessandro Zuddas, Bernadette Ancilletta, Pinuccia Cavolina, Christian Medda.

Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Cagliari.
e-mail: azuddas@unica.it

Gli psicostimolanti, (metilfenidato, destroamfetamina e pemolina) sono considerati a tutt'oggi la più a terapia più efficace bambini, adolescenti ed adulti con Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) e rappresentano la classe di farmaci maggiormente studiata in età evolutiva. L'efficacia e la tollerabilità degli psicostimolanti è stata descritta per la prima volta da Bradley nel 1937, ed è stata documentata da circa 60 anni di esperienze cliniche. Numerosi studi controllati, effettuati su bambini ed adolescenti, hanno dimostrato, mediante l'uso di scale di valutazione per genitori o insegnanti e di valutazione clinica da parte dello psichiatra infantile, che destroamfetamina e metilfenidato (MPH) migliorano in maniera consistente, rapida e duratura i sintomi dell'ADHD e che tale effetto risulta statisticamente significativo anche quando i soggetti non sono accuratamente definiti, i gruppi studiati sono poco numerosi ed i dosaggi dei farmaci non omogenei. Risultano migliorati soprattutto l'iperattività, l'impulsività, l'aggressività, il comportamento distruttivo o socialmente inappropriato, le interazioni del bambino con genitori, insegnanti e coetanei. Gli psicostimolanti migliorano anche le performance nei test di attenzione, di vigilanza, di apprendimento visuale e verbale e di memoria a breve termine: tale miglioramento appare dovuto alle maggiori capacità di concentrazione, vigilanza e attenzione focalizzata con minore distraibilità per stimoli esterni. Altri farmaci utilizzabili in situazioni particolari sono alcuni triciclici antidepressivi ed i farmaci α -2 agonisti (clonidina e guanfacina).

Non tutti i bambini con ADHD necessitano però di un trattamento farmacologico. Dopo attenta valutazione medica e psichiatrica, la decisione di usare farmaci si basa sulla severità dei sintomi, sul consenso dei genitori e del bambino, sulle capacità del bambino, dei genitori e degli operatori scolastici di gestire i problemi comportamentali, e sui risultati di precedenti terapie. Nei bambini, la tolleranza agli effetti clinici degli psicostimolanti è estremamente rara, l'abuso praticamente inesistente. È opportuno valutare almeno una volta all'anno l'utilità di proseguire il trattamento: spesso il bambino, diventato adolescente, riferisce di sua iniziativa di non aver più bisogno del farmaco per stare attento.

La diagnosi di Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività è raramente formulata in Italia. Le restrizioni legali all'uso degli psicostimolanti e le attitudini cliniche di molti clinici fanno sì che, in questi bambini, la diagnosi sia spesso descrittiva anziché categoriale o consideri le sole patologie associate (comorbidità). In Italia è possibile reperire (come prodotto galenico) e prescrivere solo la pemolina. Il Metilfenidato, pur non essendo in commercio, può essere importato dall'estero, previa autorizzazione del Ministero della Sanità: può essere somministrato in regime ospedaliero in Day Hospital), previo consenso informato scritto e testimoniato dei genitori.

Negli ultimi due anni, ci sono stati inviati da pediatri territoriali informati delle possibilità terapeutiche per tale patologia 55 bambini di età compresa tra 4 e 12 anni. I bambini riferiti iperattivi sono stati studiati utilizzando questionari per genitori e insegnanti, un'intervista semi-strutturata ai genitori, un'intervista col bambino adeguata al suo grado di sviluppo e accompagnata da scale di valutazione per l'ansia e la depressione, valutazione medica, e neuropsicologica centrata su attenzione/impulsività e lettura e apprendimento. Quarantuno dei 55 bambini sono stati diagnosticati come ADHD. In 25 di questi bambini è stata somministrata una singola dose test di metilfenidato (MPH; 0.1-0.3 mg/Kg) e, quando opportuno una terapia cronica (dose massima 1 mg/kg/die). La dose singola ha indotto disforia e logorrea in quattro bambini, in 21 è stato osservato un significativo miglioramento delle performance attentive; in 18 bambini tali effetti terapeutici sono rimasti costanti durante la terapia cronica con miglioramento del funzionamento sociale e scolastico. I risultati di questo studio pilota suggeriscono che il protocollo descritto può essere utile per la diagnosi di ADHD,

che il test acuto è predittivo dell'efficacia a lungo termine della terapia cronica con MPH e che la reintroduzione del metilfenidato nella farmacopea italiana, sotto attento controllo medico-specialistico, e' da ritenersi fortemente auspicabile.