

## **Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attività e dell'Attenzione nell'adulto in Emilia-Romagna**

Il Disturbo da Deficit dell'Attività e dell'Attenzione (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) è una patologia ad esordio nella età dello sviluppo. Si caratterizza per la presenza di disattenzione, iperattività ed impulsività presenti in diversi contesti di vita. Questo disordine funzionale può compromettere l'adattamento del bambino e determinare anomalie nell'interazione sociale, predisponendo ad altre patologie e/o a disagio sociale in età successive.

Dal 2008 si sono svolti incontri regolari tra i referenti dei centri prescrittori componenti il tavolo di lavoro regionale ADHD, con l'obiettivo del monitoraggio dell'andamento del registro e della valutazione della appropriatezza dei protocolli diagnostici e terapeutici. I principali elementi diagnostici e terapeutici sono coerentemente riferiti alle linee guida nazionali ed internazionali (Sinpia 2002, Nice 2016).

Il gruppo di lavoro è stato integrato anche con i referenti della psichiatria adulti nel dicembre 2015.

### **DEFINIZIONE**

Il Disturbo da Deficit dell'Attività e dell'Attenzione è un disordine neuropsichiatrico ad insorgenza precoce diagnosticabile dall'età scolare, caratterizzato da un livello di inattenzione e/o iperattività-impulsività non adeguato allo stadio di sviluppo e con prognosi variabile. Può determinare gravi difficoltà di inserimento a livello sociale in diversi contesti di vita.

### **CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA**

I servizi di Psichiatria Adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche dell'Emilia-Romagna utilizzano la classificazione diagnostica ICD-9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

### **MANIFESTAZIONI DEL DISTURBO**

In età prescolare sono presenti un significativo numero di bambini con iperattività, comportamenti aggressivi, crisi di rabbia, litigiosità, atteggiamenti provocatori, assenza di paura, mancata percezione del pericolo e disturbi del sonno. Queste manifestazioni non necessariamente esitano in un quadro di ADHD.

In età scolare (6-12 anni) l'ADHD si manifesta principalmente con sintomi di: disattenzione, impulsività, difficoltà scolastiche, possibile riduzione della iperattività, comportamento oppositivo-provocatorio.

In adolescenza l'iperattività si manifesta come senso interiore di irrequietezza piuttosto che come grossolana iperattività motoria, l'inattenzione comporta difficoltà ad organizzare le proprie attività o a coordinare le proprie azioni con conseguenti difficoltà scolastiche, occupazionali e sociali, rischio aumentato di abuso di sostanze e di malattie a trasmissione sessuale.

In età adulta sono presenti difficoltà di organizzazione e tenuta nel lavoro, condotte a rischio, bassa autostima, tendenza all'isolamento sociale, vulnerabilità psicopatologica.

## **PROTOCOLLO DIAGNOSTICO**

La diagnosi di ADHD è essenzialmente clinica; esistono marker genetici, biologici, neuro-radiologici e neuro-fisiologici non specifici.

La diagnosi di ADHD rappresenta un percorso complesso; è indispensabile raccogliere informazioni da più fonti come la famiglia, la scuola e i gruppi sociali e ricreativi, oltre all'osservazione diretta. Prima dell'età scolare è difficile riconoscere il disturbo, a causa dell'ampia variabilità comportamentale all'interno della norma.

Per potere formulare diagnosi di ADHD è importante valutare l'intensità dei comportamenti che devono provocare un disadattamento nel contesto sociale in relazione al livello di sviluppo e alle caratteristiche culturali dell'ambiente.

Il disturbo deve essere persistente e non transitorio per motivi di vita intercorrente. Il disturbo deve essere pervasivo, ed evidenziarsi in diversi contesti: scuola/lavoro, famiglia, ambulatorio. Deve essere significativamente compromesso il funzionamento sociale/ scolastico/ lavorativo.

## **IL PERCORSO DIAGNOSTICO**

Sono indispensabili:

1. Colloquio
2. Osservazione clinica tesa all'evidenziazione delle aree disfunzionali
3. Strumenti diagnostici testistici specifici **DIVA** (Intervista Diagnostica per l'ADHD Negli Adulti, J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc 2010, DIVA Foundation, Olanda) e **ASRS** (The World Health Organization Adult ADHD Self- Report Scale)
4. Strumenti diagnostici testistici per la diagnosi differenziale

La valutazione neuropsicologica può essere utile anche per la valutazione nel follow-up dell'efficacia degli interventi terapeutici.

### **VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA:**

1. **TMT** (Trail Making Test A e B)
2. **ToL** (Torre di Londra)
3. **WCST** (Wisconsin card sorting test)
4. **WAIS IV** (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition)

### **PROTOCOLLO TERAPEUTICO**

Secondo le linee guida Nice (Attention deficit Hyperactivity disorder. Diagnosis And Management Of ADHD In Children, Young People And Adults; last modified 2016), *“il trattamento farmacologico è il trattamento di prima scelta per gli adulti con ADHD con livelli moderati o severi di compromissione.”*

Le linee guida Nice indicano *“nel Metilfenidato il farmaco di prima scelta. Gli interventi psicologici senza l'utilizzo di terapia farmacologica potrebbero essere efficaci per alcuni adulti con disturbo moderato, ma non esistono dati sufficienti per supportare questa raccomandazione. Se il Metilfenidato dovesse essere inefficace o non tollerato dal paziente, si potrebbe ricorrere all'Atomoxetina o alla Dexamfetamina. Se il trattamento farmacologico dovesse causare effetti collaterali, nonostante alcuni benefici, o se non dovesse produrre alcuna risposta positiva, potrebbe essere considerata la CBT come possibile rimedio. C'è la possibilità di un abuso di farmaci e di un uso scorretto degli stessi negli adulti con ADHD, specialmente in alcune situazioni, come nei pazienti carcerati, anche se non vi è alcuna evidenza che questo sia un problema significativo.”*

### **TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**

In riferimento ai farmaci per l'ADHD (G.U. n.106 del 24 aprile 2007) in analogia a quanto già attuato per i minori, l'Istituto Superiore di Sanità ha istituito un Registro per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici per gli adulti con diagnosi di ADHD.

Il Registro è compilato presso i Centri Prescrittori per il Metilfenidato e l'Atomoxetina individuati dalla Regione Emilia Romagna in ogni azienda.

In Italia la determina della G.U. del 3 novembre 2014 *“Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso*

umano «Strattera (atomoxetina)», Art. 1, Classificazione ai fini della rimborsabilità, Le nuove indicazioni terapeutiche” stabilisce che:

*“Strattera e' indicato per il trattamento del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattivita' (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di eta', negli adolescenti e negli adulti come parte di un programma di trattamento multimodale. Il trattamento deve essere iniziato da un medico specialista nel trattamento dell'ADHD, ovvero neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza o psichiatra. Negli adulti la diagnosi deve essere effettuata secondo i criteri stabiliti dal DSM 5 e deve essere confermata la presenza di sintomi dell'ADHD che erano preesistenti in eta' infantile. La conferma di terze parti e' auspicabile e la somministrazione di Strattera non deve essere iniziata se la verifica dei sintomi dell'ADHD in eta' infantile non e' certa. In base alla valutazione clinica, i pazienti devono avere un ADHD di gravita' almeno moderata, come indicato da una compromissione funzionale almeno moderata in 2 o piu' ambiti (ad esempio sociale, scolastico e/o lavorativo) che interessano diversi aspetti della vita di un individuo.”*

Il Metilfenidato nell'adulto può essere somministrato solo in continuità terapeutica se assunto già prima dei 18 anni (Off-label ma inserito in 648/96, Determina n. 488/2015 e n. 860/2015). Secondo le precisazioni dettate da AIFA con comunicato del 27 dicembre 2017, per tale indicazione sono rimborsabili tutti i medicinali a base di metilfenidato, inclusi quelli a rilascio modificato.

Dalla G.U. n. 106 del 19 aprile 2007 si ricavano le seguenti raccomandazioni:  
*“I dosaggi per il Metilfenidato sono mediamente 0,3-0,6 mg/kg/dose in due-tre dosi/die.*

*I dosaggi per l'Atomoxetina sono mediamente 1,2 mg/kg/dose in singola dose giornaliera.*

*Il Metilfenidato inizia a mostrare la sua efficacia dopo circa trenta minuti dalla somministrazione orale; raggiunge il picco di concentrazione e attività dopo un'ora; la sua attività terapeutica dura circa 3-5 ore, per cui viene solitamente somministrato 2-3 volte al giorno.*

*La titolazione attenta e il monitoraggio costante della terapia farmacologica permettono una maggiore efficacia. E' necessaria una titolazione graduale ed individualizzata delle dosi. La formulazione disponibile è di 10 mg. Prima della somministrazione di Metilfenidato è opportuno eseguire, anche con la*

*collaborazione del medico di famiglia, un esame ematologico di routine, una visita medica generale con annotazione di peso ed altezza, un ECG.*

*L'Atomoxetina deve essere somministrata inizialmente ad una dose totale giornaliera di circa 0,5 mg/kg. La dose iniziale deve essere mantenuta per almeno 7 giorni, prima di aumentare progressivamente, in funzione della risposta clinica e della tollerabilità. Sulla base del giudizio clinico di efficacia, si può passare ad un dosaggio intermedio di circa 0,8 mg/Kg/dose, oppure direttamente alla dose di mantenimento consigliata, che è di 1,2 mg/kg/die. Dosi superiori a 1,2 mg/kg/die non hanno dimostrato benefici ulteriori sulla base degli studi controllati, ma possono, sulla base del giudizio clinico essere valutate in casi specifici. Non è stata sistematicamente valutata la sicurezza di dosi singole superiori a 1,8 mg/kg/die o di dosi totali giornaliere superiori a 1,8 mg/kg. La somministrazione dovrebbe essere in una singola dose, al mattino o alla sera. Solo in caso di problemi di tollerabilità la dose può essere frazionata in due somministrazioni. Le formulazioni disponibili sono di 10, 18, 25, 40 e 60 mg.*

#### *Altri farmaci*

*Gli antidepressivi triciclici, gli SSRI, gli antipsicotici, i neurolettici, le benzodiazepine e altri farmaci ad azione sul SNC vengono talora utilizzati nella terapia farmacologica di soggetti affetti da ADHD, generalmente in casi di comorbidità.”*

In analogia con il trattamento multimodale indicato in età evolutiva, anche il trattamento farmacologico per gli adulti con ADHD deve sempre essere parte di un programma integrato di trattamento.

## **PERCORSO ORGANIZZATIVO**

Il percorso organizzativo prevede la definizione di linee di indirizzo per uniformare il percorso diagnostico, per monitorare i percorsi terapeutici, per valutare la casistica in carico e le risorse dedicate.

È previsto per i pazienti con diagnosi accertata di ADHD, già in carico al servizio NPIA, una continuità di cura secondo il protocollo aziendale.

Invece l'adulto con sospetto ADHD può giungere all'ambulatorio del CSM o al SERT per accesso diretto o inviato dal medico di famiglia.

Nell'ambulatorio del CSM o del SERT di residenza viene svolta una prima valutazione diagnostica.

Vengono individuati per ogni dipartimento uno o più psichiatri dedicati alla diagnosi per l'ADHD e alla gestione dei trattamenti farmacologici (vedi allegato 1) anche in virtù del fatto che l'ADHD nell'adulto si manifesta in comorbidità nella maggior parte dei casi. Rimane perciò, secondo questo modello, la referenza del caso allo psichiatra territoriale di riferimento (del SERT o del CSM).

Viene definita una programmazione regionale per la formazione specifica per gli operatori dei CSM.

La prescrizione del Metilfenidato e della Atomoxetina per il trattamento dell'ADHD è vincolata alla predisposizione di piani terapeutici individuali ed è formalizzata in ogni azienda attraverso procedura specifica.

## **ALLEGATO 1**

Centri di riferimento regionali abilitati al rilascio del piano terapeutico per i farmaci Metilfenidato e Atomoxetina:

AUSL Piacenza: Dott. Cappa Corrado

AUSL Parma: Dott.ssa Di Vittorio Cristina

AUSL Reggio Emilia: Dott.ssa Barbanti Silva Veronica

AUSL Modena: Dott.ssa Di Lorenzo Rosaria

AUSL Bologna: Dott.ssa Di Sarro Rita

AUSL Imola: Dott.ssa Tonelli Beatrice

AUSL Ferrara: DA DEFINIRE

AUSL Romagna: Dott. Sabatelli Riccardo

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- NICE Guidelines. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72 National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) London. UK: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London 2016.
- Determina AIFA 20 Novembre 2014 (Aifa Concept Paper).
- Supplemento ordinario alla “Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana”, n. 95 del 24 aprile 2007 - Serie generale, Agenzia Italiana Del Farmaco.
- “Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana” Serie generale - n. 275, del 26 novembre 2014, Determina 3 novembre 2014.
- Migliarese G., Venturi V., Cerveri G., Mencacci C. L'ADHD nell'adulto Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi. *Psichiatria Oggi* AnnoXXVIII, n. 2, luglio–dicembre, pg 16–25.
- G. Migliarese, E. Magni, G. Cerveri, V. Venturi, C. Mencacci. L'ADHD nell'adulto
- Esperienza clinica e linee guida per il trattamento. *Psichiatria Oggi* AnnoXXX, n. 1, gennaio – giugno 2017, pag 8-22.
- DIVA Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0) in: Kooij, JJS. *Adult ADHD. Diagnostic Assessment and treatment*. Springer 2012.
- Kooij J.J.S., Francken M.H., Diagnostisch Inter- view Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Online available at <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx> 2010.
- The World Health Organization Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb; 35(2):245-56. Kessler RC<sup>1</sup>, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE.
- Manuale ICD-9-CM versione italiana 2007, A cura di Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- TMT (Trail Making Test A e B) in : Mondini S., Mapelli G., Vestri A., Bisiacchi P.S.. *Esame Neuropsicologico Breve*, ed. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.
- Test TOL - Torre di Londra (Test di valutazione delle funzioni esecutive): Sannio Fancello G., Vio ., Cianchetti, ed. Erickson, 2006.
- WCST (Wisconsin card sorting test); Robert K. Heaton, Gordon J. Chelune, Jack L. Talley, Gary G. Kay e Glenn Curtiss. Curatore della versione italiana: M.C. Hardoy, M.G. Carta, M.J. Hardoy e P.L. Cabras. Ed. Giunti O.S, 2000.

- WAIS IV (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition). David Wechsler. Curatori edizione italiana: Arturo Orsini e Lina Pezzuti. Ed. Giunti O.S., 2013.
- Comunicato AIFA disponibile sul sito di AIFA: [http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Comunicazione\\_AIFA\\_METILFE\\_NIDATO\\_29.12.2017\\_1.pdf](http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Comunicazione_AIFA_METILFE_NIDATO_29.12.2017_1.pdf)