

Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo con iperattività

A cura della Consensus Conference di Cagliari (6-7 marzo 2003)

Dopo il recente dibattito, sia tra gli operatori sanitari che sulla stampa, in merito alla probabile reintroduzione in commercio del metilfenidato per curare l'ADHD, che ha suscitato confusione e sconcerto anche nell'opinione pubblica, e in mancanza di protocolli operativi nazionali condivisi, si è tenuta a Cagliari il 6-7 marzo 2003, organizzata dall'Università degli Studi di Cagliari e dall'Istituto "Mario Negri" di Milano, una Conferenza nazionale di consenso sull'ADHD. Al termine dei lavori, a cui hanno partecipato anche l'ACP e il CSB, è stato redatto e sottoscritto il documento qui allegato.

1. Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo dell'inglese *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva, caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria. In Italia, a tutt'oggi, non sono stati condotti studi epidemiologici che consentano di stimare con precisione e accuratezza la prevalenza del disturbo a livello nazionale; in altre nazioni (in particolare gli Stati Uniti) la prevalenza dell'ADHD è stimata tra il 3 e il 5% della popolazione in età scolare, mentre la prevalenza delle forme particolarmente gravi (*disturbo ipercinetico* della classificazione ICD-10 dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. Tuttavia, ampio è l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del *setting* osservato.

2. Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, coinvolge e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, potendo predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. L'espressione sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.

3. La diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM IV per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evo-

lutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere, oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. A tal fine è particolarmente utile l'uso di strumenti quali questionari (ad esempio *Scale Conners* e *ADHD-RS*, *SCOD*) e le interviste diagnostiche (ad esempio *Kiddie-SADS* e *PICS-IV*), opportunamente standardizzati e validati, possibilmente su campioni italiani. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino.

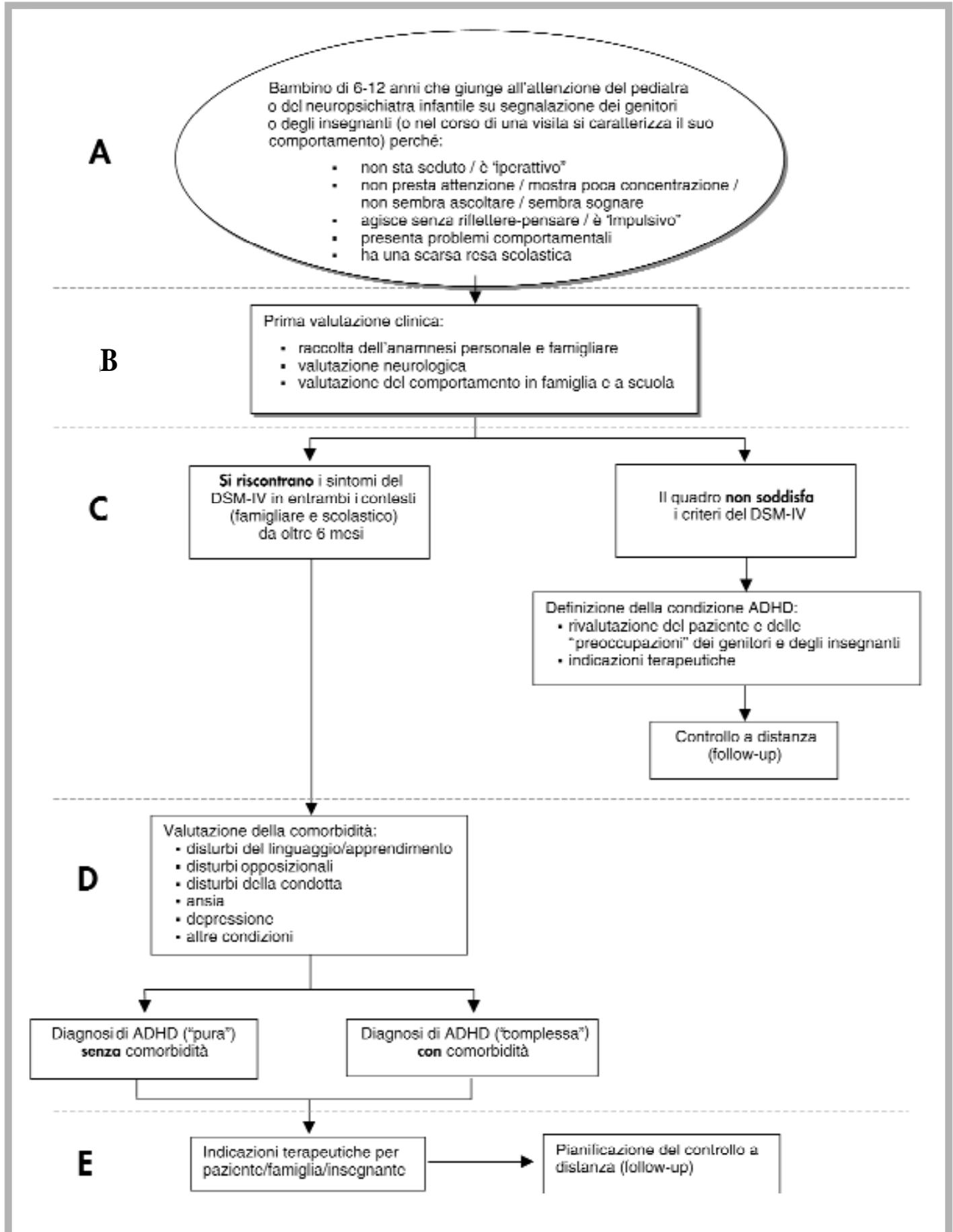
4. Circa i due terzi dei bambini con ADHD presentano sintomi di altri disturbi o associati a situazioni sociali e ambientali disagiate; è quindi auspicabile una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga a un protocollo diagnostico e terapeutico comune e condiviso (vedi algoritmo della *figura 1*). L'ADHD deve essere considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare. Scopo principale degli interventi terapeutici svolti dagli operatori dell'età evolutiva deve essere quello di migliorare il benessere globale (la salute) del bambino. In particolare gli interventi terapeutici devono tendere a: migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare le capacità di apprendimento

scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.

5. Sebbene la più ampia gamma di possibili interventi sia auspicabile, la mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi giustifica l'inizio della terapia farmacologica, quando appropriata. I genitori devono essere informati, in modo comprensibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie.

6. Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Gli interventi psicologici includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Il lavoro con i genitori (*parent training*) ha lo scopo di favorire la comprensione dei comportamenti del bambino, fornire strategie per la loro gestione e modificazione, migliorare la qualità delle interazioni all'interno della famiglia e con il contesto sociale. Il lavoro con gli insegnanti ha lo scopo di favorire un'adeguata integrazione scolastica del bambino, di ristrutturare la percezione del contesto scolastico nei suoi confronti e di consentire strategie educative più adeguate. L'intervento psicologico con il bambino prevede interventi di modulazione cognitiva al fine di favorire la riflessione sui propri processi di pensiero e quindi una maggiore riflessività e l'uso di piani d'azione. Ad esso può associarsi un intervento psicoterapico di sostegno, in particolare nei soggetti con manifestazioni depressive e/o ansiose, interventi volti a

FIGURA 1: ALGORITMO PER LA DIAGNOSI E LA VALUTAZIONE DELL'ADHD



favorire i processi di socializzazione in gruppi di coetanei e interventi riabilitativi più specifici per le abilità scolastiche. Tali interventi non-farmacologici sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto all'intervento farmacologico. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.

7. L'intervento farmacologico va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, presentandolo come un ausilio agli sforzi intrapresi e non come la soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali.

8. Gli psicostimolanti (il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD (compromissione del funzionamento globale misurata, ad esempio, da un punteggio alla C-GAS uguale o inferiore a 40). Il metilfenidato risulta essere efficace in circa i due terzi dei soggetti trattati. Sono attualmente utilizzati anche altri farmaci (ad esempio antidepressivi triciclici ad azione noradrenergica, agonisti alfa-adrenergici), sebbene, in base alle prove di evidenza disponibili, il loro uso dovrebbe essere di seconda scelta.

9. Il metilfenidato deve essere utilizzato con prudenza nei bambini con ADHD che presentano sintomi o storia familiare di disturbo bipolare, tic o sindrome di Gilles de la Tourette, ipertiroidismo o tireotossicosi, cardiopatie, glaucoma. Deve essere prescritto con cautela anche nei bambini con epilessia o con altre patologie interistiche segnalate dal pediatra curante. La partecipazione del pediatra di base è anche necessaria per il monitoraggio degli effetti indesiderati e delle reazioni avverse (*tabella 1*).

10. La terapia con metilfenidato deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile

dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e consultati gli altri operatori sanitari e sociali (pediatra di famiglia, psicologo, assistente sociale ecc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia. Appare opportuno che la prima prescrizione avvenga in Centri di riferimento indicati dalle regioni (almeno uno per regione) operanti presso strutture accreditate di Neuropsichiatria Infantile. Tutto il percorso diagnostico e terapeutico per bambini e adolescenti con ADHD dovrebbe far riferimento a questi Centri, che dovranno prevedere in organico o in convenzione le figure professionali del pediatra, dello psicologo, del pedagogista e dell'assistente sociale.

11. I bambini in terapia con metilfenidato devono essere monitorati regolarmente. Appare opportuna, per ogni bambino, la definizione di un piano terapeutico personalizzato che preveda un controllo clinico da parte del neuropsichiatra infantile del Centro di Riferimento dopo il primo e il secondo mese di terapia per la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità. Qualora venga deciso di mantenere la terapia farmacologica, saranno programmati controlli clinici dopo 4 mesi e successivamente almeno ogni 6 mesi. Il piano terapeutico dovrà riportare la durata prevista del trattamento (massimo 6 mesi, rinnovabili). La valutazione nei periodi intermedi potrà essere effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali, in collaborazione con il pediatra di famiglia, lo psicologo e l'assistente sociale. Si suggerisce

che, in questi periodi intermedi, il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o il pediatra possano effettuare la prescrizione del farmaco, attenendosi a quanto previsto dal piano terapeutico del Centro di riferimento che dovrà accompagnare (in copia) la ricetta. Appare opportuno sospendere, almeno una volta all'anno (p. es. nelle vacanze estive), il trattamento farmacologico per verificarne la reale necessità.

12. Ogni bambino con diagnosi di ADHD dovrebbe essere seguito con visite periodiche per almeno due anni, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso. Dovranno essere attentamente monitorate l'intensità dei sintomi, la compromissione del funzionamento globale, l'eventuale comorbidità e/o comparsa di complicanze, l'efficacia e la tollerabilità degli interventi terapeutici.

13. È auspicabile che l'intero percorso diagnostico-terapeutico e di monitoraggio degli esiti sia parte di un dettagliato e specifico piano nazionale, ad articolazione regionale, volto alla valutazione di una comune e appropriata assistenza al bambino con ADHD e alla sua famiglia. In tale contesto, per una più appropriata pianificazione dei futuri interventi, sarebbe opportuno attivare iniziative quali:

a) un **Censimento dei Centri di riferimento** esistenti e dei casi seguiti, quale attività della SINPIA e delle Associazioni dei genitori;

b) uno **Studio epidemiologico formale** che definisca la prevalenza e l'incidenza nazionali dell'ADHD e delle variabili a

TABELLA 1: EFFETTI INDESIDERATI (ALCUNI RARI) ASSOCIATI AL TRATTAMENTO CON METILFENIDATO

- **Sistema nervoso centrale e periferico**
Insonnia, ansia, disforia, diminuzione dell'appetito, tic, allucinazioni, psicosi a contenuto persecutorio, aumento dell'iperattività
- **Tratto gastrointestinale**
Dolore addominale, nausea, vomito, secchezza delle fauci
- **Apparato cardiovascolare**
Tachicardia, palpitazioni, aritmie, ipertensione, angina pectoris
- **Cute e/o ipersensibilità**
Rash, prurito, orticaria, febbre, artralgia, alopecia

questa associate, oltre ai diversi approcci diagnostici e terapeutici;

c) un **Registro nazionale dei casi di ADHD** associati alle prescrizioni di metilfenidato quando sarà nuovamente commercializzato.

14. Le indicazioni del presente documento possono essere così riassunte:

- la diagnosi di ADHD, e degli altri disturbi con sintomi simili, deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve coinvolgere, sempre e sin dall'inizio, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;
- il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino;
- occorre predisporre un piano nazionale (con un'articolazione a livello regionale) specifico riguardo a questa patologia, per una diagnosi che valuti in modo accurato il disturbo e per fornire un'assistenza adeguata al bambino malato e alla sua famiglia.

Hanno partecipato ai lavori della Conferenza e alla stesura del presente documento finale:

Dante Besana, Maurizio Bonati, Carlo Calzone, Bernardo Carpiniello, Carlo Cianchetti, Cesare Cornoldi, Paolo Curatolo, Franco Dessì, Raffaele D'Errico, Filippo Drago, Walter Fratta, Silvio Garattini, GianLuigi Gessa, GianMarco Marzocchi, Gabriele Masi, Pierluigi Morosini, Massimo Omerini, Paolo Pancheri, Carlo Pintor, Alessandro Zuddas.

Il presente documento è stato approvato dalle seguenti Società Scientifiche e Associazioni:

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA); Società Italiana di Pediatria (SIP); Società Italiana di Psichiatria (SIP); Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI); Società Italiana di Farmacologia (SIF); Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia (SINPF); Associazione Italiana Ricerca e Intervento in Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA); Associazione Culturale Pediatri (ACP); Centro per la Salute del Bambino (CSB); Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP); Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività (AIDAI); Associazione Italiana Famiglie ADHD (AIFA); Giunta del Collegio Nazionale Professori Ordinari di Neuropsichiatria Infantile.

“CONGRESSO NAZIONALE ACP 2003” 9 - 10 - 11 - 12 OTTOBRE

Centro Congressi “Ville Ponti” - Varese

GIOVEDÌ 9 OTTOBRE

Giornata di studio su

“L'infermiere e l'assistenza al bambino: prospettive per la formazione e la pratica”

Per informazioni: Prof. M. Seguini 328 4097736

VENERDÌ 10 OTTOBRE

ore 9,15 Apertura del Congresso *M. Narducci, N. D'Andrea*

Relazione e reti in pediatria Discussant: *M. Gangemi*

9,30 **La competenza del genitore** *L. Sanicola*

10,00 **Discussione**

10,30 **Il pediatra di famiglia come attivatore di reti** *F. Zanetto*

10,45 **Discussione**

11,00 break

11,30 **Il progetto “genitori quasi perfetti”** *G. Tamburlini*

12,00 **Discussione**

13,00 Colazione di lavoro

Dalla teoria alla pratica Discussant: *M. Fontana*, commento in chiave EBM di *R. Buzzetti*

14,30 **Le linee guida NASPGHN sul GER: scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia**

A. Biolchini, E. Mazzucchi, L. Rabbone, L. Saleri

- vomito ricorrente associato a GER non complicato, scarsa crescita, irritabilità

- GER e apnea, ALTE

- GER e asma, polmonite ricorrente, URI

16,30 break

17,00 **Novità in tema di epatite C** *G. Maggiore*

17,30 **Novità in tema di obesità** *C. Maffei*

Ad ogni capitolo della sessione seguirà discussione di 10'

SABATO 11 OTTOBRE

Vecchio e nuovo nelle malattie infettive Discussant: *A. Alberti, J. A. Levi*

9,15 **La condizione del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme** *G. Tamburlini*

9,45 **Discussione**

10,00 **Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un paese in via di sviluppo** *L. Castelli*

10,30 **Discussione**

10,45 break

11,15 **Una vecchia novità: la TBC** *G. Besozzi*

11,45 **Discussione**

12,45 **ACP e dintorni: sessione poster e comunicazioni brevi**

13,30 colazione di lavoro

15,00 **Incontro dei Soci ACP con il Comitato Editoriale di Quaderni acp**

16,00 **Assemblea nazionale dei Soci ACP con elezione del presidente**

e di 4 componenti il consiglio direttivo. Sono in scadenza: Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali, Corrado Rossetti e Antonella Stazzoni; non sono rieleggibili.

20,30 CENA SOCIALE

DOMENICA 12 OTTOBRE

Ci sono novità? Discussant: *M. Farneti*

9,00 **Punti di vista su: varicella, morbillo, influenza** *G. Bartolozzi, L. Grandori*

11,30 **Come sono cambiati i bambini** *F. Panizon, M.L. Bassani*

12,30 Chiusura del congresso

Segreteria

Mario Narducci 02 95339123 marionarducci@tin.it

Federica Zanetto 039 6080083 zanettof@tin.it

Segreteria organizzativa: Quickline sas

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste 040 372 8911

Quote di iscrizione: Soci ACP euro 200 entro 20/7 (dopo tale data 250 euro); non soci euro 300 entro 20/7 (dopo tale data 350 euro); specializzandi ed infermieri euro 100 entro 20/7 (dopo tale data 150 euro).

Come arrivare al Centro Congressi: Autostrada A8 casello Varese; seguir le indicazioni per Centro Congressi. Ville Ponti-Villa Panza. Ferrovie Nord da Milano piazzale Cadorna. Ferrovie dello Stato da Milano Porta Garibaldi. Mezzi pubblici: dalle due stazioni ferroviarie a Varese bus AVT lettera A. Aeroporto Malpensa.