



A.I.F.A. Onlus

Anno XIII, luglio 2015

n. 23

Notiziario sulle attività
sociali e divulgative
dell'Associazione Italiana
Famiglie ADHD

AIFA NEWS

Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2 DCB - ROMA Aut. N. 50006315/001

ADHD SPECIALE ADULTI



IN QUESTO NUMERO

- p.2 Editoriale, *di Patrizia Stacconi*
- p.3 Deficit d'attenzione ed iperattività nell'adulto, *di Marco Catani*
- p.4 Intervista al Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco Luca Pani: "Stessa attenzione per l'ADHD in età adulta e nell'infanzia", *di Francesca Mezzelani*
- p.5 Intervista al Dott. Pietro Panei, responsabile del Registro ADHD dell'Istituto Superiore di Sanità: "Iniziato il percorso di accreditamento dei Centri clinici di riferimento", *di Francesca Mezzelani*
- p.6 Bolzano - L'esperienza del primo ambulatorio ADHD per adulti. Il Prof. Andreas Conca: "Diffondere la cultura della diagnosi di ADHD è un imperativo etico", *di Francesca Mezzelani*
- p.8 "ADHD, non solo bimbi: colpiti in Italia 2 milioni di adulti". *Comunicato stampa della Società Italiana Psichiatria*
- p.9 Un'ADHD in... trasferta, *di Jasmine Rizzi*
- p.10 Diagnosi dell'adulto con ADHD. L'approccio corretto, *di Francesca SgROI*
- p.12 ADHD, anche nelle donne, *tratto da ADDitude Magazine*
- p.14 ADHD nell'adulto: una testimonianza
- p.15 I gruppi di auto-mutuo aiuto: un sostegno da e per ADHD adulti
- p.16 Disturbi del sonno negli adulti con ADHD, *di Luana Salerno*
- p.18 Disagio mentale, in Europa è 'pandemia': 165 mln con disturbi, *tratto da www.adnkronos.com*

Anno XIII, luglio 2015, n. 23

Iscrizione al Registro del Tribunale di Roma

Direttore responsabile

Enzo Aiello *addetto.stampa@aifa.it*

Redazione

Michele Di Pasqua, *m.dipasqua@aifa.it*

Astrid Gollner, *referente.lombardia@aifa.it*

Francesca Mezzelani,

ufficio.stampa@aifa.it

Barbara Pini, *vicepresidenza@aifa.it*

Jasmine Rizzi, *referente.trento@aifa.it*

Patrizia Stacconi, *presidenza@aifa.it*

Impaginazione

Roberta Dri, *referente.torino2@aifa.it*

Direzione

Via di Mezzocammino, 215/a

00128 Roma

Stampa

www.geniusprint.it

Abbonamenti, iscrizioni e donazioni

Conto corrente intestato a AIFA Onlus:

. CC postale: n. 38759411

. CC Poste Italiane: IBAN

IT 91 W 07601 03400 000038759411

. CC Banca di Credito Cooperativo di

Riano: IBAN

IT 86 C 08787 39350 000000004956

A.I.F.A.Onlus

Sede legale

Via dei Montaroni, 27

00068 Rignano Flaminio (RM)

Presidenza e Segreteria

Via dei Montaroni, 27

00068 Rignano Flaminio (RM)

Tel 0761 508 126 - Fax 06 233 227 628

presidenza@aifa.it - *segreteria@aifa.it*

Presidente

Patrizia Stacconi

Vicepresidente

Barbara Pini

Consiglieri

Anna Maria Cava

Cinzia Corradi

Cristina Lemme

Stefania Martino

Tiziano Pilotti

Editoriale

di Patrizia Stacconi, Presidente Aifa Onlus

CARISSIMI SOCI, abbiamo deciso di dedicare il numero 23 di AIFANEWS all'ADHD in età adulta, perché pensiamo che in Italia ci sia un grande bisogno di informazione in questo campo.

Aifa Onlus ha cominciato fin dalla sua nascita ad occuparsi di tale argomento, perché ci rapportiamo quotidianamente con questo disturbo ed ignorarne i vari risvolti è impossibile. I ragazzi crescono e diventano adulti. A volte scopriamo che il nostro coniuge ha l'ADHD e non ha mai avuto una diagnosi.

Esistono molti preconcetti sul disturbo, ma uno di quelli più diffusi è che esso riguardi solo l'età evolutiva. Infatti, una delle frasi più usate dai professionisti è: "Non si preoccupi, crescendo passa." Purtroppo non è così. Il risultato di questo approccio superficiale è che tanto i bambini quanto gli adulti affetti da ADHD non vengono seguiti adeguatamente. Nei paesi europei, dove il disturbo viene preso in considerazione già da tempo, si descrive così la popolazione adulta: su 100 bambini diagnosticati, circa 25 superano il disturbo con la crescita, 50 superano la compromissione con interventi multimodali (farmacologici e non), 25 mantengono i sintomi compromissivi anche in età adulta (1 su 4). In Italia ancora oggi si arriva con difficoltà alla diagnosi per l'età evolutiva e troppo spesso non sono disponibili nelle strutture pubbliche le appropriate terapie; la conseguenza di ciò è che un numero più elevato di ragazzi arriva con una significativa compromissione all'età adulta. Conosceremo con esattezza quanti sono gli adulti con ADHD in Italia tra qualche anno.

Come Associazione, già dal 2008 abbiamo promosso una raccolta firme di professionisti italiani e l'abbiamo presentata al Ministero della Salute, quando era in carica il prof. Ferruccio Fazio, con lo scopo di porre una specifica attenzione al tema dell'ADHD nelle persone adulte e sulla presa in carico del disturbo in età evolutiva. A seguito di ciò, il Ministero della Salute ha attivato un tavolo di lavoro con il compito di produrre Linee Guida per la diagnosi e cura del disturbo, che potrebbero portare l'inserimento delle giuste terapie tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). I lavori sono ancora in corso ma purtroppo sono fermi da più di un anno.

Il tema è di cruciale importanza, perché le conseguenze di un ADHD non diagnosticato e non trattato possono essere gravi a qualunque età. Le persone con ADHD:

- vanno incontro ad incidenti stradali con maggiore frequenza;
- spesso non riescono a mantenere un posto di lavoro;
- non di rado divorziano o hanno relazioni affettive fallimentari;
- hanno difficoltà a gestire correttamente il loro patrimonio;
- perdono opportunità importanti per la loro vita, non riuscendo a completare gli studi;
- trascurano la propria salute.

Vorrei soffermarmi su questo ultimo punto, sottolineando che l'adulto affetto da ADHD non presta attenzione ai segnali del proprio corpo e procrastina spesso gli appuntamenti presi per gestire la propria salute. Per questi motivi, può capitare che le persone con ADHD arrivino alla diagnosi di un tumore quando è troppo tardi, si accorgono che la vista è diminuita solo quando non ci vedono più, vanno dal dentista quando i denti ormai sono da togliere, dimenticano di prendere i farmaci prescritti.

Un adulto con ADHD sa essere un genitore comprensivo ed amorevole nei confronti del proprio figlio affetto da ADHD (lo comprende meglio), ma per i motivi descritti prima, se non è consapevole di avere a sua volta il disturbo, non riesce a seguire puntualmente la terapia ed i controlli dei propri figli.

L'adulto con ADHD di tipo severo vive una vita sregolata e frustrante. Alcuni, nella continua ricerca di equilibrio, soprattutto se non diagnosticati e trattati con appropriata terapia farmacologica, usano diverse sostanze (alcol, nicotina, farmaci, stupefacenti) come automedicazione. Tutto ciò può comportare danni seri alla salute, far insorgere vere e proprie dipendenze e, nei casi più estremi, avere problemi con la legge.

La situazione dell'adulto affetto da ADHD in Italia è difficilissima:

1. Ottenere una diagnosi è rarissimo.
2. Nessun farmaco considerato di prima scelta è registrato in Italia per uso adulto. Possono essere prescritti solo *off label* (si vedano Linee Guida NICE - 2008

(continua a p. 19)

DEFICIT D'ATTENZIONE ED IPERATTIVITÀ NELL'ADULTO

Un'introduzione

I disturbi legati ad un Deficit d'Attenzione (Attention Deficit Disorder o ADD) o ad un Deficit d'Attenzione associato ad Iperattività (Attention Deficit Hyperactivity Disorder o ADHD) sono dovuti ad un alterato sviluppo dei circuiti cerebrali (Figura 1) che sottendono importanti funzioni cognitive, inclusa la capacità di attenzione sostenuta ed il controllo delle risposte istintive motorie.

Questo disturbo colpisce il 3-4% dei bambini e circa l'1% degli adulti. Circa un terzo dei bambini con questo disturbo continua ad avere problemi anche dopo i 18 anni. Anzi nell'adulto i problemi diventano più complessi. L'iperattività motoria tipica del bambino viene interiorizzata e spesso si manifesta con disturbi d'ansia. L'incapacità a pianificare le proprie attività o ad essere puntuali negli impegni di lavoro viene spesso interpretata come mancanza di motivazione o rispetto nei confronti degli altri. Negli adulti i disturbi dell'attenzione possono causare problemi significativi nei rapporti interpersonali familiari e lavorativi. Spesso chi ne è affetto trova enormi difficoltà a gestire le attività della vita quotidiana, anche le più banali. C'è inoltre un problema di autostima e perdita di fiducia nelle proprie capacità. Non è raro che ragazzi con questo disturbo chiedano aiuto dopo l'adolescenza, molto spesso in relazione a delle difficoltà che incontrano quando iniziano l'università o un nuovo lavoro.

Il trattamento di questi disturbi prevede una terapia farmacologica con stimolanti spesso associata a delle terapie di gruppo e/o individuali (terapie di tipo cognitivo comportamentale). In Inghilterra i farmaci di comune impiego nell'adulto sono il metilfenidato e la dexamfetamina. Questi farmaci sono disponibili sia come formulazione a rilascio immediato (ad esempio Ritalin, Dexedrine) sia come formulazione a lento rilascio (ad esempio Concerta, Medikinet, Equasym, Vyvanse). Circa il 70% degli adulti risponde alla terapia farmacologica.

Tratto da <http://tiny.cc/adhdAdult>

Marco Catani

MD PhD Primario di Psichiatria e Ricercatore del Dipartimento di Scienze Forensi e del Neurosviluppo King's College London, UK
drcatani@sloanecourtclinic.com

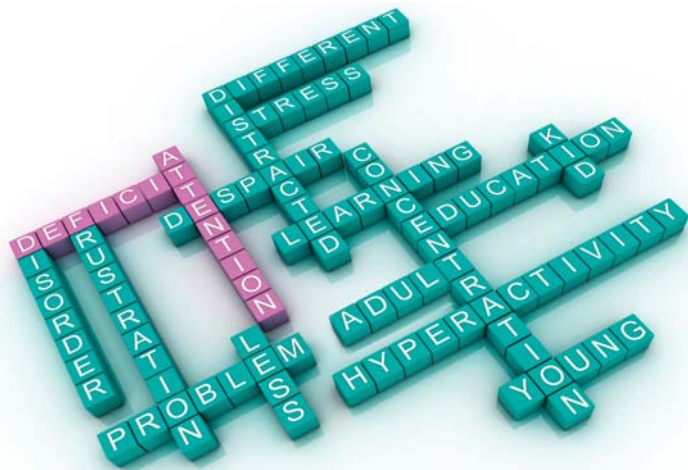


Figura 1. Recenti studi di risonanza magnetica cerebrale hanno permesso di identificare le regioni cerebrali che presentano un alterato sviluppo in coloro che soffrono di ADD o ADHD. Le regioni in viola indicano un ridotto volume dello striato in soggetti con ADHD confrontati con soggetti di controllo. Lo striato è una regione che esercita funzioni facilitatorie e di controllo su altre aree cerebrali. Un ridotto volume dello striato comporterebbe una ridotta comunicazione tra diverse aree cerebrali e la comparsa di sintomi quali inattenzione, iperattività ed impulsività. Tuttavia il volume dello striato cresce con l'età anche in soggetti con ADHD, soprattutto in coloro che assumono farmaci stimolanti.

IL DIRETTORE DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Luca Pani: "Stessa attenzione per l'ADHD in età adulta e nell'infanzia"

In corso i lavori per la pubblicazione del Position Paper sull'ADHD



Attraverso appositi Open day, la predisposizione del concept paper e la prossima definizione del position paper, l'Agenzia Italiana del Farmaco sta realizzando un significativo percorso partecipativo insieme all'associazione dei pazienti e alle società scientifiche che si occupano di ADHD. Qual è l'importanza di tale modo di lavorare e che cosa è emerso finora da questa esperienza?

Con gli incontri di "Open Aifa" e l'elaborazione del *concept paper* l'Agenzia ha posto le basi per un confronto pubblico approfondito sulle principali problematiche inerenti i trattamenti farmacologici per l'ADHD, consapevole dell'elevato impatto sociale di questa patologia e della necessità di approfondire le criticità legate alle caratteristiche dei farmaci approvati e alla loro disponibilità nel nostro Paese. Gli input ricevuti sono attualmente oggetto di riflessione e valutazione da parte degli esperti dell'Agenzia.

I percorsi partecipativi che l'Agenzia ha da tempo avviato su diverse questioni di rilevante interesse scientifico e regolatorio si stanno rivelando proficui. Lo scambio di esperienze e informazioni con le parti interessate è un presupposto fondamentale dei processi decisionali dell'Agenzia che, in linea con le best practice europee ed internazionali, sta facendo tesoro di questo patrimonio.

Il DSM-5, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, pubblicato negli Usa nel 2013 ed in Italia nel 2014 ha per la prima volta inserito la categoria diagnostica dell'ADHD nell'adulto. In tema di ADHD in età adulta, come si colloca l'Italia nel panorama europeo?

Riconoscendo l'ADHD nell'adulto come categoria diagnostica, il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edizione*) ha recepito le evidenze di due decenni di ricerca da cui è emerso che circa il 65% dei bambini con diagnosi di ADHD mostra ancora sintomi nell'età adulta e che non esiste un'età specifica in cui la malattia si arresta. Pertanto la diagnosi, il monitoraggio e il trattamento degli adulti con

ADHD richiede la stessa attenzione che si riserva all'ADHD infantile.

Riguardo all'aspetto farmacologico della terapia della ADHD nelle persone adulte presso i Centri clinici accreditati che saranno aperti nei territori delle Regioni italiane, quale sarà la posizione dell'Agenzia Italiana del Farmaco per far sì che anche gli adulti possano accedere alle terapie farmacologiche stimolanti con metilfenidato ritenute di prima scelta nella letteratura scientifica internazionale?

L'Agenzia ha in parte ovviato all'assenza di farmaci per l'ADHD registrati per questa specifica popolazione (over 18). Per evitare il paradosso che, al compimento del diciottesimo anno, ai pazienti in trattamento con psicostimolanti non venisse garantito il proseguimento della terapia farmacologica, l'Agenzia ha provveduto ad inserire, dando seguito ad una specifica richiesta, i medicinali a base di metilfenidato nelle liste previste dalla Legge 648/96 (Determina del 17 aprile 2015, pubblicata in GU n.107 del 11 maggio 2015) consentendo ai pazienti già in trattamento la continuità terapeutica. Per quanto riguarda la terapia con farmaci non stimolanti, l'Aifa (ndr: Agenzia Italiana del Farmaco) ha accolto la richiesta di estensione dell'indicazione dell'atomoxetina, avanzata dall'azienda titolare dell'AIC, autorizzandone di fatto l'uso nell'adulto.

Non v'è dubbio che ad oggi in Italia bisogna fare i conti con un numero di forme farmaceutiche per l'ADHD piuttosto esiguo. Ma l'Agenzia non può imporre alle aziende la registrazione delle stesse sul territorio nazionale. Resta comunque fondamentale il monitoraggio dei pazienti adulti tramite il Registro che è stato previsto in modo analogo a quello attivato dall'Istituto Superiore di Sanità per l'ADHD nel paziente di età inferiore ai 18 anni.

Quando sarà pubblicato il position paper?

La consultazione pubblica si è conclusa lo scorso 9 marzo e siamo in fase di valutazione dei commenti. Successivamente il documento eventualmente integrato e il testo con i commenti saranno sottoposti all'attenzione della Commissione Tecnico Scientifica. Solo dopo questa fase, il *position paper* sarà reso pubblico sul portale dell'Agenzia.

Francesca Mezzelani,
ufficio.stampa@aifa.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ/REGISTRO ADHD ADULTI

Pietro Panei: "Iniziato il percorso di accreditamento dei Centri clinici di riferimento"

Le Regioni hanno avviato la ricognizione, la Provincia autonoma di Bolzano ha già deliberato. Il Dott. Pietro Panei, responsabile dei registri ADHD presso l'Istituto Superiore di Sanità, spiega il percorso avviato per gli adulti.



Dopo 8 anni di attività del Registro ADHD per i minori tra i 6 ed i 18 anni, l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha istituito un secondo Registro ADHD dedicato all'età adulta. L'Istituto Superiore di Sanità ha invitato tutte le Regioni ad individuare i Centri Clinici idonei alla diagnosi di ADHD ed alla predisposizione del piano terapeutico per gli adulti. A che punto è questo percorso?

Il percorso per l'accreditamento dei centri clinici di riferimento per l'ADHD negli adulti è all'inizio. Lo scorso 18 febbraio c'è stato un incontro tra Rappresentanti dell'ISS e il tavolo per la farmaceutica della Conferenza delle Regioni e Province autonome. Dopo quell'incontro le singole Regioni hanno iniziato la ricognizione dei propri servizi clinici deputati alla gestione di questa sindrome nell'adulto. Attualmente solo la Provincia autonoma di Bolzano ha deliberato in materia. Alcune regioni hanno individuato i centri e, ragionevolmente, lo faranno in un prossimo futuro.

Quali tempi si prevedono per la concreta apertura dei Servizi nei territori?

Alcuni servizi sono già attivi da tempo come nel caso di Bolzano. Per gli altri, la procedura di messa in rete da parte dell'ISS è molto rapida, al massimo due giorni.

I Servizi saranno rivolti a tutte le persone adulte con sospetto di progresso ADHD oppure soltanto a coloro che hanno avuto la diagnosi prima dei 18 anni?

I servizi saranno accessibili a tutti gli adulti affetti o con sospet-

to di ADHD a prescindere dall'età di insorgenza o di diagnosi della sindrome.

Nell'ambito della valutazione, della diagnosi e della presa in carico sarà previsto il trattamento multimodale per gli adulti con ADHD?

Il trattamento multimodale sarà raccomandato anche agli adulti ma non sarà vincolante ai fini della prescrizione farmacologica.

Sarà previsto anche il trattamento farmacologico con metilfenidato, il principio attivo stimolante che secondo la letteratura scientifica internazionale costituisce la prima scelta farmacologica in caso di ADHD?

Il trattamento con Metilfenidato dell'adulto, al momento, è previsto solo per coloro che lo assumevano già prima del compimento del 18° anno d'età. È auspicabile che tale limitazione venga rimossa estendendo la prescrivibilità di metilfenidato a tutti i soggetti adulti affetti da ADHD.

All'interno dei servizi per l'ADHD negli adulti quali interventi terapeutici non farmacologici saranno previsti?

Dipende dalle politiche sanitarie regionali e dalla capacità del centro di farsi carico anche di questa tipologia di trattamento della sindrome.

Quale sarà il collegamento tra i Centri clinici accreditati per l'ADHD in età adulta e i servizi di salute mentale sui territori?

Gli aspetti organizzativi sul territorio sono di competenza delle regioni e delle aziende sanitarie. Saranno, pertanto, loro a gestire nel miglior modo possibile l'interazione tra questi servizi.

Francesca Mezzelani,
ufficio.stampa@aifa.it

BOLZANO - L'ESPERIENZA DEL PRIMO AMBULATORIO ADHD PER ADULTI

Andreas Conca: "Diffondere la cultura della diagnosi di ADHD è un imperativo etico"

Importante la collaborazione tra i servizi dell'età evolutiva e l'età adulta



Il professor Andreas Conca, direttore del Dipartimento di Salute Mentale dall'età evolutiva all'età adulta nella provincia di Bolzano, racconta l'esperienza iniziata 5 anni fa del primo ambulatorio nell'ambito della sanità pubblica in Italia per la diagnosi e cura dell'ADHD negli adulti, ed ora primo Centro di riferimento riconosciuto nel Registro ADHD per le persone adulte recentemente attivato dall'Agenzia del Farmaco e per il quale l'Istituto Superiore di Sanità ha chiesto alle Regioni di individuare i Centri clinici di riferimento.

Due i medici e tre gli psicologi impegnati nel lavoro clinico e di ricerca per l'ADHD nell'adulto. Circa 200 le persone che hanno ricevuto diagnosi, 120 i pazienti attualmente in carico, 50 per cento uomini e 50 per cento donne.

Come nacque l'idea di aprire uno spazio ambulatoriale ad alta specializzazione specificamente dedicato all'ADHD in età adulta?

L'esperienza di anni all'estero mi aveva fatto maturare la consapevolezza di quanto fosse necessario affrontare il problema dell'ADHD nelle persone adulte "a casa". In Italia, infatti, la diagnosi di ADHD è ancora troppo spesso omessa e quindi è molto frequente trovare adulti che non sanno di soffrire di ADHD, sia perché non è stato loro diagnosticato nell'infanzia, sia perché da adulti in genere

l'iperattività diminuisce fino anche a sparire e i sintomi della disattenzione, che invece permangono sempre, appaiono spesso mimetizzati in un quadro che fa pensare ad altri disturbi. In questo modo i pazienti ricevono altre diagnosi.

Con che tipo di diagnosi arrivano all'ambulatorio i pazienti adulti con sospetto ADHD pregresso? E quali sono le difficoltà che si presentano in caso di diagnosi impropria?

Molti giungono con problemi di ansia, depressione, disturbo bipolare, dipendenza da sostanze o da farmaci che nascondono il residuo ADD (Deficit d'Attenzione) o ADHD (Deficit d'Attenzione con Iperattività) che pur continua ad esserci. Quando si individua nella persona un ADD o ADHD pregresso significa che la terapia deve essere adattata sia alle necessità specifiche che l'ADHD determina sia alle capacità, ai punti di forza, del paziente. Se si comincia una psicoterapia con un paziente che ha disturbo di ansia ma anche ADD/ADHD pregresso, che non viene considerato, le sedute diventano presto difficili e la continuità terapeutica praticamente impossibile. All'interno delle sedute manca la concentrazione, non si riesce nemmeno a tenere il filo del discorso. È facile immaginare come diventi proibitivo entrare nel processo emotivo della persona. Si comincia a credere che il paziente non sia interessato alla terapia e sia anche riluttante ad affrontare gli aspetti emotivi del percorso terapeutico. Quando omettiamo la diagnosi di ADHD diamo altro significato alle difficoltà del paziente adulto che diventa capro espiatorio. Nel caso dei bambini la colpa ricade invece sui genitori.

Quanto conta l'aspetto farmacologico della presa in carico terapeutica di un adulto ADHD?

L'ADHD è un disturbo neurobiologico che genera una condizione infiammatoria a livello cerebrale. Nel percorso terapeutico di un paziente adulto, proprio perché lo stato infiammatorio evidentemente perdura da quando era bambino, il farmaco è di centrale importanza: la struttura del cervello di una persona adulta ha bisogno di un intervento farmacologico ad alta sensibilità e specificità. Riguardo allo stato infiammatorio è utile aggiungere che la ricerca internazionale ipotizza attraverso recenti studi che alla base funzionale c'è anche un di-

sequilibrio del processo anti/proinfiammatorio che accomuna la patofisiologia dell'ADHD ad altre malattie croniche come la depressione.

Cosa è possibile fare in Italia?

Per quanto riguarda i farmaci rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, recentemente è stata aperta la strada anche per gli adulti all'utilizzo di un farmaco a base di atomoxetina. Inoltre, sebbene non rimborsabile e quindi a carico del paziente, esiste da sempre la possibilità di prescrivere farmaci "off label", cosa che un medico può fare quando ritiene ciò rispondente alle evidenze scientifiche e doveroso sul piano deontologico.

Attualmente è aperta la discussione se includere nel servizio sanitario nazionale anche i farmaci per l'ADHD a base di metilfenidato da prescrivere agli adulti anche se non diagnosticati prima dei 18 anni.

Come avviene la diagnosi e quale tipo di presa in carico del paziente ADHD viene effettuata presso l'ambulatorio?

Il percorso diagnostico prevede colloqui, test, accertamenti neurobiologici come la risonanza magnetica ed esami di laboratorio. Attraverso la risonanza è possibile evidenziare la compromissione della focalizzazione di alcune aree cerebrali in un'ottica di stress continuo, espressione del processo infiammatorio con cui agisce l'ADHD. Oltre all'intervento farmacologico, centrale è la restituzione della diagnosi di ADHD attraverso un percorso psicoeducativo che punta a dare nozione al paziente di che cosa sia il disturbo. È infatti fondamentale dare un nome alla sofferenza che l'ADHD crea nella persona. Inoltre formiamo gruppi psicoeducativi che coinvolgono anche i familiari ed i partner dei pazienti, ciò per aumentare la comprensione del disturbo e per fare in modo che il paziente smetta di costituire il nocciolo della discordia ed il nemico da combattere diventi l'ADHD.

Qual è a suo parere la priorità da affrontare in Italia in tema di ADHD?

L'imperativo etico è quello della cultura della diagnosi e di seguito l'organizzazione dei servizi sul territorio, per interventi di tipo multimodale.

Questo messaggio ancora non è passato nell'insieme della comunità scientifica, medica ed istituzionale. In Italia ancora oggi viene troppo spesso omessa la maggioranza dei casi di ADHD nei bambini ed anche quando viene effettuata solo in parte viene curata adeguatamente.

Ciò ha un riflesso sull'adolescenza e sul quadro che viene a crearsi in età adulta, con sintomi di ADD o ADHD che si mimetizzano in un quadro che può far pensare ad altri disturbi. A tale riguardo dovrebbe aumentare in maniera massiccia la collaborazione tra la neuropsichiatria dell'età evolutiva e la psichiatria degli adulti. Nel Dipartimento di Salute Mentale di cui sono responsabile, che include sia l'età evolutiva sia l'età adulta, in riunioni trimestrali di equipe tra i due servizi si discutono, condividono e trasmettono le relazioni di tutti i casi in transito da un servizio all'altro e le relative problematiche, compresi i pazienti con ADHD.



Francesca Mezzelani,
ufficio.stampa@aifa.it



Comunicato stampa della Società Italiana Psichiatria

ADHD, non solo bimbi: colpiti in Italia 2 milioni di adulti.

Per loro più divorzi, incidenti, reati, suicidi, uso di droghe. Gli esperti: mancano le diagnosi in età infantile.

Milano, 16 giugno 2015 - Una malattia molto spesso non riconosciuta e, quando diagnosticata, non curata a dovere. È l'insidia dell'ADHD, il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività che è noto soprattutto quando riguarda bambini, ma che spesso continua ad affliggere per l'intero ciclo di vita chi ne è colpito. Secondo studi epidemiologici internazionali, l'ADHD colpisce tra il 3 ed il 4,5% della popolazione adulta. Ciò giustifica, pur in mancanza di dati rappresentativi a livello nazionale, la previsione che in Italia almeno due milioni di persone maggiorenni soffrano del disturbo, con una prevalenza superiore tra i maschi.

Il quadro clinico si caratterizza in una vasta serie di difficoltà nel prestare e mantenere l'attenzione, nell'ottemperare a istruzioni, a portare a termine i compiti affidati, ad organizzare in modo adeguato la propria esistenza. A questo si aggiunge la propensione ad evitare impegni che richiedono uno sforzo mentale protratto, la distraibilità a seguito di comparsa di stimoli esterni, la sbadataggine, l'agitazione e la difficoltà a stare seduto, la tendenza a sentirsi continuamente sotto pressione. Gli adulti con ADHD presentano, infatti, oltre ad una storia di scarso rendimento scolastico, un eccesso di separazioni e divorzi, più elevate probabilità di difficoltà lavorative, più sfavorevoli condizioni socio-economiche ed un maggior rischio di andare incontro sia ad incidenti stradali che ad eventi traumatici in genere. Inoltre, gli adulti che presentano questa patologia lamentano un eccesso di condotte suicidarie, tassi particolarmente elevati di co-diagnosi con altri disturbi mentali, in particolare disturbi d'ansia, dell'umore e, soprattutto, disturbi associati all'uso di sostanze stupefacenti. Proprio l'uso di sostanze è largamente corresponsabile della aumentata probabilità, tra gli adulti affetti da ADHD, di commettere reati di vario genere e, conseguentemente, di andare incontro a problemi giudiziari.

Malgrado questa lunga serie di eventi assai sfavorevoli e la disponibilità di interventi terapeutici in grado di migliorare radicalmente la prognosi del disturbo, l'ADHD dell'adulto rimane una condizione clinica ancora largamente sottodiagnosticata e sottostimata. Di questo si è parlato recentemente a Brescia nel corso di un convegno internazionale ("ADHD nell'adulto: clinica e trattamento" - <http://tiny.cc/convegno-brescia>) organizzato dalle Cattedre di Psichiatria dell'Università degli Studi

di Brescia insieme alla Società Italiana di Psichiatria, durante il quale è stato costituito l'Italian Board for Information and Study of adult ADHD (IBISa-ADHD).

"L'ADHD nell'adulto – ha spiegato il Professor Emilio Sacchetti, presidente della Società Italiana di Psichiatria, direttore del Dipartimento di Salute Mentale degli Spedali Civili di Brescia e promotore dell'evento insieme al **Prof. Antonio Vita – rappresenta ancora oggi una sorta di 'Cenerentola' nell'ambito delle diagnosi psichiatriche. Da una parte, la scarsa abitudine degli psichiatri a porre ex-novo, appunto, questa diagnosi. Dall'altra, il mancato riconoscimento del disturbo da parte dei neuropsichiatri infantili al momento del suo esordio nella fanciullezza.**

Tenendo anche conto della complessa sequela di eventi negativi che caratterizza l'ADHD nell'adulto, del fatto che la diagnosi può essere posta in maniera agevole e, ancora, della validità delle opzioni terapeutiche attualmente a disposizione, è evidente che il non prestare attenzione a questo disturbo si qualifica come una vera e propria negligenza. Per tutti questi motivi si è ritenuto, a conclusione del convegno, di costituire l'Italian Board for Information and Study of Adult ADHD (IBISa-ADHD)."

"Per quanto riguarda le terapie – continua il Prof. Sacchetti – si hanno a disposizione numerose opzioni sia di tipo farmacologico che non. Spesso è opportuno associare tra loro i due tipi di intervento. Inoltre, per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, è da sottolineare che oggi anche in Italia si può accedere, oltre che agli storici preparati di tipo stimolante, anche ad un prodotto non stimolante quale l'atomoxetina."

"Per quanto riguarda le difficoltà che sottendono il ridotto numero di diagnosi poste in epoca infantile è da tener presente – sottolinea il Prof. Vita – che le forme più lievi possono non giungere all'attenzione del clinico in mancanza di sufficienti stimoli ambientali. Quanto all'adulto – continua ancora il Prof. Vita – di particolare importanza sembrano essere i rapporti che intercorrono tra ADHD e la presenza di disturbi del sonno che tanto spesso accompagnano i disturbi mentali più diffusi."

Un'ADHD in... trasferta ... e il suo particolare punto di vista

Essendo un'ADHD adulta, il punto cardine del mio percorso terapeutico è rappresentato dalla consapevolezza di essere una persona affetta da questa patologia.

La consapevolezza si acquisisce attraverso la conoscenza e questo implica l'usufruire di ogni possibilità che si ha per imparare. Un convegno sicuramente è una di queste possibilità.

Premetto che non vado volentieri ai convegni, perché mi costano sempre un enorme dispendio di energie, che inizia già tempo prima del convegno. C'è da acquistare il biglietto del treno, prenotare la camera d'albergo, capire come arrivare in sede di convegno e in albergo, preparare la valigia e, ovviamente, agevolare la quotidianità della mia famiglia durante la mia assenza. Poi il convegno stesso: l'etichetta impone un comportamento composto e formale, fatto di immobilità e silenzio da parte dei partecipanti; il tutto si svolge in un ambiente troppo ampio e troppo dispersivo, dove ci sono troppe persone tutte insieme e, proprio perché rivolto a tanti, risulta molto impersonale. Tuttavia, benché l'ambiente non sia dei più favorevoli, la propria crescita merita questo sacrificio.

La cosa che più mi ha colpito seguendo il convegno "ADHD nell'adulto: clinica e trattamento" è stata che si trattasse di un convegno **sull'**ADHD (= la patologia in sé) e non **per** ADHD (= le persone che ne sono affette). Quasi tutti i relatori parlavano di "soggetti" (ma non eravamo delle **persone**?) e le esposizioni erano altamente teoriche (ma la nostra vita di **persone con ADHD** ha bisogno di risvolti pratici ed immediati); sono state presentate slide infarcite di studi e tabelle dalle quali si evincevano (o perlomeno si sarebbero dovuti evincere) i dati comprovanti le tesi esposte. Questo per me ha dato al convegno un che di incompleto, perché mi sembrava che fosse come se "si facessero i conti senza l'oste". Ecco, appunto, l'"oste". Per me, degna rappresentante dell'"oste", ovvero delle persone con ADHD, stare seduta buonina buonina nella mia poltroncina e seguire attentamente per svariate ore relazioni infarcite di studi e tecnicismi, magari anche proferiti da un relatore con voce monotona ed incolore, mi tedia e mi "spegne", nel senso che il mio cervello va letteralmente in standby. In quei momenti mi capita di accorgermi che sento il suono, ma non riesco a concatenare le parole in una frase; tanto meno dare un senso compiuto a ciò che sento. In pratica, riportando come esempio il testo del paragrafo di cui sopra, questo è ciò che io sentivo:

stare seduta buonina
per svariate ore relazioni infarcite
magari anche proferiti da un relatore con voce monotona
ed incolore, mi "spegne", nel senso che il mio cervello
letteralmente quei momenti di accorgermi
non riesco a concatenare le parole i tanto meno compiuto a ciò che sento.

È molto faticoso dover riavviare ogni pochi minuti (non scherzo!) il cervello e costringerlo ad interessarsi a qualcosa che dovrebbe essere importante, ma che è riportato in maniera inadeguata per un ADHD. Un aiuto a restare concentrata mi è venuto dalla tecnologia: pur capendo l'inglese a sufficienza, avevo preso le cuffiette, tanto per provare com'è ascoltare il relatore per interposta persona. Del tutto inaspettatamente, avere la voce del traduttore direttamente nell'orecchio ha aumentato anche la mia attenzione, però ho faticato un po' ad escludere il sottofondo del-

la voce del relatore rispetto a quella del traduttore. Sono riuscita a procurarmi un secondo paio di cuffiette e questo ha fatto sì che non ci fosse scampo, perché anche se il cervello andava in standby la voce in entrambe le orecchie lo "riavviava".

Gli argomenti trattati spaziavano dalla genetica alla vita pratica di tutti i giorni. Il Prof. Sacchetti ha aperto i lavori parlando dell'epidemiologia dell'ADHD nell'adulto, il Prof. Gennarelli invece ha dato rilievo all'implicazione genetica e relativa farmacogenetica, mentre l'esperto in neurobiologia, Prof. Pallanti, ha sottolineato che la cura precoce dell'ADHD potrebbe essere importante anche per la prevenzione di altre patologie neurologiche. Il Prof. Maina ha messo in risalto che raramente l'ADHD è una patologia che si presenta da sola e ha fatto una panoramica sulle comorbidità con altri disturbi mentali. Il Prof. Bitter ha illustrato la cura farmacologica da vari punti di vista.

Si è parlato anche di medicina del lavoro ed è stato riferito dal Prof. Vita che un adulto con ADHD cambi spesso lavoro e faccia più frequentemente assenze per malattia rispetto agli altri lavoratori. È stato anche sottolineato che gli adulti affetti da questo disturbo non vanno stigmatizzati per questo motivo ma è necessario fare in modo che i posti e le condizioni di lavoro siano più favorevoli, al fine non solo di fare meno assenze ma anche perché non abbandonino precocemente il proprio posto di lavoro. Questi continui cambiamenti possono avere varie implicazioni socio-economiche, tra cui, nella miglior ipotesi, il non-avanzamento di carriera (che può essere causa di senso di frustrazione e insoddisfazione) e, nella peggiore delle ipotesi, la perdita del posto di lavoro fino a non essere in grado di provvedere a se stessi ed alla propria famiglia, diventando un peso economico per la società. Il Prof. Conca ha rimarcato l'importanza del collegamento tra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti.

La Dott.ssa Kooij merita un plauso veramente speciale. In ogni sua parola traspariva la dedizione e l'amore che ha per le persone con ADHD. Appunto persone, non soggetti. Persone con le loro gioie e i loro dolori, che hanno bisogno di comprensione per le loro diversità e stranezze, che necessitano di indicazioni per far sì che, pur essendo e restando ADHD, possano avere una buona qualità di vita (e con loro, chi sta intorno a loro!). Le sue esposizioni erano chiare, concise, semplici, lineari, interessanti e soprattutto incisive, come solo le parole di una persona con grande esperienza e comprensione umana possono essere. Persino il mio cervello è stato catturato e non si è mai "inceppato". E questo la dice lunga! Poco ancora si sa dell'ADHD in Italia, ma questo convegno è stato un buon punto d'inizio. Sono fiduciosa che presto ne seguiranno altri e che la conoscenza verrà condivisa non solo tra i clinici ma anche con noi persone con ADHD (si è notato che non ho scritto "pazienti"?), per aumentare la nostra consapevolezza e far sì che anche noi possiamo apportare il nostro contributo per agevolare il percorso di cura.

Questa mia testimonianza di un convegno è sicuramente molto colorata emotivamente e non è assolutamente un resoconto classico.

Ma che ADHD sarei se non fosse così? ;-)

Jasmine Rizzi,
referente.trento@aifa.it



DIAGNOSI DELL'ADULTO CON ADHD

L'APPROCCIO CORRETTO



Dott.ssa Francesca Sgroi

Psicologa, esperta di ADHD nel ciclo di vita. Socia e collaboratrice AIFA Onlus e AIDAI Lombardia. Si occupa di diagnosi e cura dell'adulto ADHD in collaborazione con l'Osp. Fatebenefratelli, Oftalmico di Milano e il Centro di Salute Mentale, Osp. di Bolzano.
francesca.sgroi.milano@aifa.it

ADHD dell'adulto: a che punto siamo?

Mentre ancora si lotta per affermare il diritto di diagnosi e cura del bambino e dell'adolescente con ADHD, comincia ad essere chiaro, nella consapevolezza di molti, che il disturbo da Deficit d'Attenzione ed Iperattività, non riguarda solo l'età evolutiva ma tutta la vita.

Di conseguenza vi sono molti adulti che potrebbero aver avuto l'esistenza condizionata negativamente dall'ADHD e... non hanno mai ricevuto una diagnosi. In Italia questo è ancor più possibile perché sono solo circa 10 anni che il disturbo è riconosciuto nell'infanzia. Gli adulti di oggi, dieci anni fa, non erano più bambini!

Ma ora anche in Italia, come già all'estero avviene da parecchi anni, alcuni di noi professionisti esperti di ADHD nell'intero ciclo di vita hanno cominciato ad effettuare la diagnosi **dell'adulto per il quale si ipotizza la presenza del disturbo**. È necessario, pertanto, gettare le basi di una corretta **"cultura"** di tale diagnosi.

Tre tipi di "prognosi"

L'adulto che, senza saperlo, ha convissuto una vita intera con la sindrome, ha dovuto lottare non poco per trovare un posto nel mondo. Alcuni ce l'hanno fatta, altri no. Potremmo distinguere, per comodità espositiva, tre categorie di adulti con ADHD:

- 1) coloro che hanno raggiunto un **buon adattamento alla vita** (il disturbo era lieve, c'era il supporto di una buona intelligenza e l'appoggio di una famiglia equilibrata, attenta ed altri fattori positivi);
- 2) coloro che hanno raggiunto un **livello "minimale" di adattamento** restando sempre delle persone "strane", poco capaci, poco apprezzate ed emotivamente "provate";
- 3) e persone **completamente disadattate** che, con un disturbo più "severo" e un ambiente psico-sociale avverso, possono aver sviluppato numerosi disturbi psichiatrici associati all'ADHD e che, spesso, hanno ripiegato su una vita di comportamenti devianti e abuso di sostanze (per il quale l'ADHD rappresenta un alto fattore di rischio).

Diagnosi inadeguate

Questa terza categoria di pazienti si è vista sempre diagnosticare le patologie psichiatriche più evidenti. Tra queste: ansia e depressione, disturbo bipolare, disturbo borderline, ecc. Gli interventi proposti, quasi completamente farmacologici, erano rivolti di conseguenza a questi disturbi. Mentre l'ADHD non veniva riconosciuto. Questo il motivo fondamentale della "non guarigione" e della "deriva" esistenziale di questi pazienti.

Una diagnosi "ardua"

In ogni caso, riconoscere e diagnosticare l'ADHD nell'adulto è un compito particolarmente delicato. E

che solo professionisti con una certa esperienza di questo disturbo possono affrontare. Sarebbe di grande utilità un'**esperienza diagnostica del disturbo nell'età evolutiva, per riconoscerlo più agevolmente negli adulti**. In difetto di questo presupposto si rischia, come nel passato, di "riconoscere" solo i disturbi psichiatrici comorbidi, mentre il "funzionamento ADHD" del paziente può passare inosservato.

Chi può diagnosticare l'ADHD nell'adulto?

La competenza diagnostica è dello psichiatra. Lo psicologo può effettuare tutta la valutazione diagnostica con la supervisione dello psichiatra. Il medico esperto in patologie mentali, infatti, grazie alla sua competenza, può distinguere l'ADHD dagli altri disturbi e fare anche una corretta **diagnosi differenziale**.

Come si presenta il paziente ADHD adulto?

La consultazione è prevalentemente richiesta dalle due categorie di pazienti che abbiamo individuato come **persone con livello minimale di adattamento e persone completamente disadattate**. Il disagio e la sofferenza spingono il paziente a chiedere aiuto. La persona viene a conoscenza dell'ADHD sia per le diagnosi che ricevono i suoi eventuali figli, i piccoli parenti, i figli di amici oppure per aver letto articoli, su giornali o su internet, che parlano delle caratteristiche di questo disturbo e in cui essi si riconoscono.

Come già sappiamo (e come sarà utile una trattazione a parte), tali caratteristiche, che più frequentemente si presentano nell'adulto, sono: una **disattenzione cronica** perpetrata in diverse forme (distraibilità, incapacità di mettere a fuoco il tema importante di una lettura o di una conversazione, dimenticanze, ecc.); **impulsività comportamentale** (fare le cose senza pensare alle conseguenze) e **verbale** (non rispettare i ritmi di un dialogo e parlare "sopra l'altro e "troncando" la frase dell'interlocutore, rispondere precipitosamente, essere verbosi e logorroici, ecc.); **iperdinamismo mentale; iperprogettualità; ingenuità e letteralità** (responsabili di molte "gaffes"); **scarsa mentalizzazione** (ovvero scarsa abilità di "dedurre" cosa pensa l'altro dai suoi comportamenti); **disorganizzazione** (nella pianificazione il pensiero è caotico e casuale anziché ordinato e "sequenziale"); **scarse abilità sociali** (come conseguenza di tutto quanto appena detto).

Ma se un individuo ha convissuto per tutta la vita con l'ADHD, da adulto potrà aver sviluppato anche altre forme di disagio:

- 1) Una **personalità** caratterizzata da: insicurezza, sen-

so di inadeguatezza, bassa autostima, invidia per chi è più “sicuro di sé”, fatalismo negativo (“Oh, quanto sono sfortunato”), forte e costante stress, stanchezza mentale cronica, ecc.

- 2) Condizioni fisiologiche caratterizzate da **scarsa salute**: cardiopatie, problemi epatici, sovrappeso, dolori di diversa natura, fibromialgie, vari disturbi psicosomatici, e tanto altro ancora
- 3) **Disturbi della sfera emotiva e mentale**: dipendenze (alcolismo, abuso di droghe, dipendenza da gioco d'azzardo, dipendenza da TV, internet e videogiochi, shopping compulsivo, bulimia, ecc.), disturbi dell'umore, depressione, ansia, disturbo borderline, disturbo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, personalità antisociale, disturbo paranoide, ecc.
- 4) **Problemi con l'ambiente**: debiti e insufficienze finanziarie, problemi con la giustizia, insuccessi accademici e lavorativi, separazioni, divorzi, figli non conviventi, ostilità con parenti ed ex amici, allontanamento dagli ambienti frequentati, solitudine cronica, tentativi di suicidio, ecc.

Una valutazione diagnostica multifattoriale

Come si può dedurre da quanto letto finora, una valutazione globale del paziente con possibile ADHD dovrà seguire un “protocollo” completo e articolato, che tenga conto di **fattori diversi**:

Confronto con l'infanzia

Poiché l'ADHD è un disturbo del neurosviluppo, i sintomi cardine (disattenzione, iperattività, impulsività) devono essersi manifestati già nell'età infantile. Crescendo, tali sintomi possono essersi modificati e possono essersi create altre complicazioni. Ma il “nucleo” della sintomatologia resta. Di conseguenza, per accertarsi che si tratti proprio di ADHD, è necessario esplorare con molta attenzione la vita del paziente in età infantile e adolescenziale attraverso il colloquio clinico, l'intervista ai genitori (se ancora in vita) o altri parenti e conoscenti, nonché questionari diversi che mettono in evidenza sia i sintomi nell'età infantile sia quelli attuali per consentire un'osservazione congiunta delle due età del paziente. Da questo scaturiscono due principali elementi diagnostici: la ricostruzione del disturbo anche nell'infanzia (altrimenti non si può definire ADHD); b) la valutazione del “**Residual Type**” ovvero di “quanto è rimasto” ancora dell'ADHD presente nell'età evolutiva – e quanto invece è stato risolto.

Indagine neuropsicologica

I tests sono rivolti alla misurazione dell'**attenzione**, delle **funzioni esecutive** (es. abilità di pianificazione), dell'**impulsività** e della **memoria a breve e lungo a termine**.

Questa indagine in realtà non è fondamentale per la formulazione di una diagnosi per ADHD. E, soprattutto, non sempre lo strumento testistico si rivela “sensibile” nel mettere in luce un sintomo. Infatti, nel breve tempo richiesto dall'esecuzione di un test il paziente riesce spesso a “disciplinare” la propria attenzione o impulsività o quant'altro, soprattutto se, come spesso accade, è “motivato” dal volersi dimostrare “bravo”, capace di risolvere gli item proposti. Tuttavia, confrontando la misura delle diverse dimensioni esplorate (es. attenzione - pianificazione) si può comprendere quali sono le aree cognitive nelle quali il paziente ha maggiori difficoltà. E questo è utile per indicare, dopo la diagnosi, i tipi di interventi terapeutici e/o riabilitativi da attuare.

Indagine psichiatrica

Viene condotta sia attraverso l'esperta osservazione clinica dello psichiatra sia con interviste e compilazione di questionari. Questa è forse la parte esplorativa più delicata. Oltre a valu-

tare la presenza o meno di disturbi psichiatrici associati alla ADHD, è necessario saper riconoscere se un disturbo psichiatrico presente (ad es. un disturbo d'ansia o panico, un disturbo borderline o una depressione maggiore) siano più disabilitanti dell'ADHD (pure presente) e vada pertanto affrontato per primo. Inoltre occorre saper effettuare una corretta diagnosi differenziale (ovvero: potrebbe non trattarsi di ADHD).

Inquadramento della personalità

Come scrivevo più sopra, aver vissuto fino a 30, 40, 50 anni(!) con l'ADHD senza diagnosi e senza interventi terapeutici, significa aver lottato contro ostacoli interni (disattenzione, disorganizzazione, impulsività, ecc.) per conseguire gli obiettivi della vita andando incontro, spesso, al fallimento. E questo fin dalla più tenera età.

Tutto ciò si intreccia con la storia personale del paziente, con i suoi vissuti, con la qualità delle relazioni primarie (con i genitori), con tutti i *life event* che si sono verificati nella sua esistenza e che hanno lasciato il segno. Quali difese psicologiche avrà utilizzato il paziente? Avranno funzionato? Come affronta la sofferenza emotiva? Accetta le sfide? Rinuncia? L'inquadramento della personalità, a questo punto, diventa indispensabile per offrire al paziente indicazioni di intervento che tengano conto della possibilità di affrontare, oltre all'ADHD, anche gli aspetti disfunzionali della personalità per migliorare la qualità della sua vita.

Gli interventi non farmacologici per i pazienti adulti ADHD sono, infatti, rivolti sia alla sintomatologia ADHD (psicoeducazione, training di gruppo, coaching) sia ai vissuti psichici (psicoterapie).

Valutazione dello stato di salute fisica

Infine, benché non indispensabile per la diagnosi ADHD, la valutazione globale del paziente è bene che tenga conto del suo stato di salute fisica. Questo, in considerazione anche del fatto che un paziente con ADHD è spesso più esposto degli altri a problemi di salute fisica. Tale valutazione, ottenuta attraverso una raccolta di dati anamnestici e di documentazione clinica, offre un quadro completo del paziente. Utile sia per scegliere le cure farmacologiche più opportune, sia per aiutare il paziente ad affrontare anche i suoi problemi di salute fisica (che spesso i pazienti con ADHD trascurano).

I protocolli da noi utilizzati per la diagnosi dell'ADHD nell'adulto, seguono le linee-guida internazionali d'eccellenza. Tra queste soprattutto le linee guida del NICE (una pietra miliare nel riconoscimento delle necessità degli adulti con ADHD) raccomandano l'offerta di servizi multidisciplinari in cui i pazienti adulti con ADHD devono ricevere una completa valutazione psichiatrica, sociale e fisica.

Il successivo **piano d'intervento terapeutico**, purtroppo, è subordinato al fatto che in Italia l'ADHD nell'adulto è un disturbo ancora poco conosciuto. Ne consegue che vi sono ancora pochi professionisti preparati per effettuare tutti gli interventi di psicoeducazione, di psicoterapie (comportamentali e psicodinamiche), di coaching ed altro, che richiederebbero una profonda conoscenza del disturbo.

Ancor più sfavorevole è, forse, il **vuoto normativo** che non consente di regolare la prescrizione di farmaci di prima scelta per l'ADHD (es. il metilfenidato). In Italia, infatti, tale prescrizione è possibile solo durante l'età evolutiva, precisamente fino ai 18 anni. Oppure anche oltre (continuità terapeutica) solo se il ragazzo viene diagnosticato presso un centro di riferimento ADHD e gli venga prescritto il farmaco prima del compimento della maggiore età. Pertanto, rimandando la trattazione sugli interventi, farmacologici e non, ad un prossimo articolo, ci auguriamo che questa lacuna venga presto colmata anche in Italia.



ADHD, ANCHE NELLE DONNE

La differenza tra i sessi: ragazze e donne con ADHD

Le ragazze ricevono la loro diagnosi di ADHD molto più tardi rispetto ai maschi, se mai la ricevono. Qui trovate tutto quanto vi serve sapere sull'ADHD nelle donne, così che voi – o le vostre figlie – non rischiate di non venire prese in considerazione.

Normalmente le ragazze ed i ragazzi vengono diagnosticati ADHD in un rapporto di circa 1 a 3. Ma questo non significa che le bambine con ADHD siano in numero inferiore ai maschi, bensì che molte di esse non vengono proprio diagnosticate. Se non diagnosticato, l'ADHD può coinvolgere in maniera esponenziale la salute emotiva delle donne ed il loro benessere generale, lasciandole con una bassa stima di sé e con danni psicologici.

Le differenze nei sintomi dell'ADHD

Spesso le ragazze con ADHD non si notano, perché esprimono la loro iperattività in modo diverso. Per esempio, in un'aula di scuola un maschio potrebbe sparare le risposte o battere continuamente col piede, mentre le ragazze dimostrano un'iperattività nel parlare incessantemente. Una ragazza che chiacchiera in continuazione viene spesso considerata dagli insegnanti come una chiacchierona, ma non come iperattiva oppure problematica. E proprio questo aspetto viene raramente considerato per fare una valutazione per sospetto di ADHD.

ADHD di tipo disattento

Un altro motivo per cui le ragazze con ADHD passano inosservate è che loro, più spesso dei maschi, soffrono della forma disattenta dell'ADHD. I sintomi per questo sottotipo (che comprendono anche una scarsa attenzione, un limitato range di attenzione, dimenticanza e distraibilità) tendono ad essere meno disturbanti e meno ovvi di quelli di un ADHD iperattivo. Più semplicemente, se un ragazzo (iperattivo) batte continuamente sul banco, viene notato subito, molto prima che ci si accorga di una ragazzina che continua a girare una ciocca di capelli tra le dita guardando fuori dalla finestra.

I meccanismi di sopravvivenza

Alcune ragazze compensano il loro ADHD sviluppando strategie che mascherano i sintomi. Per essere certa di ottenere un buon voto, una ragazza può diventare una

perfezionista e passare ore ad annotare meticolosamente appunti di ogni capitolo che sta studiando, oppure può diventare ossessivo-compulsiva e controllare e ricontrollare il suo zaino per essere certa di averci messo tutto.

Difficoltà sociali

Le differenze di genere nell'ADHD possono anche influenzare la vita sociale di una ragazza. Alcune ricerche ci dimostrano che le ragazze con ADHD vengono rifiutate più spesso dalle loro compagne rispetto ai maschi. Confrontandole con i maschi, le amicizie femminili richiedono maggiore sofisticazione e maggiore tenuta. Per esempio, due maschi possono incontrarsi sul campo da gioco, iniziare a scavare una buca con le loro palette, e subito sono amici.

L'amicizia tra donne richiede segnali sociali e legami, e questo potrebbe causare problemi alle ragazze con ADHD.

Il prezzo dell'ADHD nelle ragazze

L'autostima delle ragazze con ADHD si dimostra inferiore paragonata a quella dei maschi con ADHD. Quindi non ci si può sorprendere che questo disturbo diventi un prezzo che le ragazze pagano sotto forma di perdita della stabilità emotiva e del benessere generale. Le ragazze con ADHD soffrono molto più facilmente di disturbi dell'umore, depressione, ansia, problemi legati alla bassa autostima, rispetto alle ragazze senza ADHD. Quindi le ragazze con ADHD rischiano maggiormente di incorrere in problemi, quali non completare il percorso scolastico, abusare di farmaci e alcol e, perfino, tentare il suicidio.

La percezione pubblica delle ragazze

Le ragazze con l'ADHD del tipo iperattivo probabilmente vengono diagnosticate in età più giovane, ma spesso vengono stigmatizzate più dei maschi con la stessa diagnosi. I bambini considerano impulsività e distrazione più come aspetti maschili. I maschi vengono accettati più facilmente dai compagni e dagli insegnanti, soprattutto se i loro sintomi non sono gravi. Perché i ragazzi "iperattivi" sono comunque "maschi", mentre le femmine iperattive vengono emarginate.



Aspettative per mogli e madri

Si pensa che le donne debbano essere “accomodanti” e spesso ci si pongono aspettative irrealistiche su di loro e su come cercano di far funzionare la famiglia e la carriera. Se le donne con ADHD si sposano e hanno dei figli, molte di loro se ne vergognano. La società pretende un tremendo sforzo di memoria e organizzazione dalle mamme, a partire da azioni impegnative come gestire la relazione con gli insegnanti, quando si presentano degli eventi critici, organizzare i pranzi e le attività dei ragazzi. Senza un aiuto si sentono perse.

Come ricevere aiuto

Se credete che vostra figlia possa avere l'ADHD, non aspettate che sia l'insegnante ad esprimere la sua preoccupazione, prima di cercare la diagnosi di un medico. Normalmente gli insegnanti considerano iperattività, disorganizzazione e dimenticanze segni di un'eventuale ADHD, e quindi consigliano alla famiglia una valutazione della ragazza. Ma il modo in cui spesso l'ADHD si presenta nelle ragazze – eccessivo parlare, bassa autostima, confusione, perfezionismo, esporsi a rischi, essere impicciona – viene raramente interpretato come sintomo di ADHD.

La diagnosi in età adulta: un sollievo

Ogni donna che sospetta di avere l'ADHD dovrebbe imparare tutto su questo disturbo – e consultare un professionista della salute mentale specializzato in questo campo. L'ADHD è fortemente ereditario e molte donne cercano aiuto da adulte, perché in qualche modo si accende in loro una lampadina quando hanno un figlio che

riceve la diagnosi di ADHD. Per molte donne che sono state diagnosticate più avanti nella loro vita è un vero sollievo ricevere finalmente una spiegazione per il loro modo di essere.

Trattamenti differenziati

L'ADHD non presenta solo sintomi differenti nelle femmine e nei maschi, ma molto spesso richiede anche una differente strategia di trattamento. Ambedue i sessi beneficiano di farmaci stimolanti, ma a volte le ragazze possono avere anche bisogno di un farmaco che controlla l'ansia. Alcune ragazze non sono in grado di sopportare gli stimolanti senza un ulteriore supporto farmaceutico.

Diffondere le informazioni

La comunità medica sta iniziando a considerare il fatto che l'ADHD costituisce un grande problema per le ragazze e che molto spesso questo disturbo permane fino all'età adulta, ma noi dobbiamo diffondere le informazioni. (n.d.r: per altre informazioni su questo argomento, è possibile visitare il sito www.additudemag.com usando come parola chiave: 'women' o 'girls')

Traduzione di
Astrid Gollner,
referente.lombardia@aifa.it



ADHD NELL'ADULTO: UNA TESTIMONIANZA

Quotidianità ed eventi straordinari nella vita di un'ADHD adulta

Sono una coach per ADHD ma io stessa sono affetta da questa patologia. Questo fa sì che io mi osservi con particolare attenzione:

- Come influisce l'ADHD su di me?
- In quali situazioni mi servono i farmaci?
- Dovrò prenderli per tutta la vita?
- Quando sono sotto l'effetto del farmaco migliorano la percezione di me stessa ed il mio autocontrollo?
- Come mi relazio con gli altri e in situazioni difficili?

La risposta è relativamente semplice, **prima della diagnosi** mostravo tutti i sintomi cardine:

- disturbi della concentrazione ed incapacità di convogliare la mia attenzione volontariamente su una cosa ben definita;
- iperattività e irrequietezza interna;
- disturbo del controllo degli impulsi.

Questo ha costantemente compromesso la mia vita prima in ambito scolastico e durante i miei studi universitari. In un secondo momento nel mondo del lavoro e nel contesto privato.

Con la diagnosi e la giusta terapia la mia vita è migliorata in maniera incredibile. Con l'andar del tempo sono riuscita a percepire tanti miei comportamenti, che così ho potuto rivedere e, ove necessario, modificare. Con mia grande meraviglia, nel corso degli anni, ho potuto constatare che necessitavo di dosi sempre minori di metilfenidato: di volta in volta venivano concordate con il medico curante e riuscivo comunque a funzionare bene. Dopo 7 anni ero praticamente libera dal farmaco.

In un certo senso io sono la prova vivente che il cervello si può modificare durante tutto l'arco della vita e che si può sempre apprendere qualcosa di nuovo persino se si è affetti da ADHD. Visto che all'epoca della diagnosi avevo già 47 anni non lo davvo assolutamente per scontato. Queste nuove reti, che si sono create nel mio cervello a livello neuronale, mi permettono ora di effettuare attività, sviluppate precedentemente sotto l'effetto di metilfenidato, anche senza il farmaco. Anche nei rapporti con altre persone sono diventata più paziente e riesco a sopportare situazioni difficili. Ero del parere di aver "vinto" completamente il mio ADHD.

Ma poi ho dovuto affrontare eventi straordinari e mi sono accorta che non ero in grado di superarli senza l'aiuto del farmaco. In particolare ci sono due aree critiche, l'una sono prestazioni intellettuali estreme (come ad esempio partecipare ad un con-

vegno) e l'altra forti esperienze emotive (per esempio la morte di una persona cara). Mi sono accorta che in momenti del genere ho bisogno nuovamente del farmaco perché tutto ad un tratto si ripresentano i tre sintomi cardine dell'ADHD. Questo per me è stato dapprima molto sconcertante, ma poi ho trovato un articolo che parlava di pazienti adulti con ADHD negli USA che avevano avuto la terapia farmacologica durante l'infanzia e l'adolescenza. Come giovani adulti riuscivano a gestirsi bene anche senza farmaco, grazie alle esperienze fatte ed alle strategie apprese da bambini ed adolescenti. Tuttavia in particolari momenti (un nuovo lavoro, il primo figlio, ecc.), che portavano dei cambiamenti importanti nella loro vita, necessitavano per alcuni mesi nuovamente dell'aiuto del farmaco fino a che si erano adattati alla nuova situazione e riuscivano a gestirla con sicurezza. Da allora ho accettato che posso avere lunghi periodi nei quali non necessito di alcuna terapia farmacologica ma che in casi particolari, come convegni o situazioni con forte implicazione emotiva, il farmaco concordato precedentemente con il medico curante è indispensabile. Generalmente solo in quei particolari momenti, né prima e né dopo.

Per l'autunno 2014 era stata programmata un'operazione al ginocchio e prima dell'evento mi informai sulla tematica dell'anestesia in pazienti con ADHD; ho trovato diversi riferimenti in merito alla possibilità che questi pazienti possano avere diverse complicazioni in caso di anestesia.

Così decisi di informare l'anestesista della mia diagnosi e le diedi le linee guida del Dr. Klaus Skrodzki nelle quali viene specificato che i pazienti con ADHD vanno anestetizzati quando sono sotto l'effetto del metilfenidato. Avevo dunque concordato con l'anestesista di iniziare a prendere il farmaco tre giorni prima dell'operazione.

Tre settimane prima dell'operazione, mi venne a trovare una cara amica che mi conosce bene ed è informata sul quadro clinico dell'ADHD. Dopo poche ore mi disse di ritrovare in me tutti i sintomi cardine del disturbo e che io mi stavo comportando in maniera abbastanza insolita. Evidentemente l'operazione al ginocchio era per me un grande peso emotivo già nel periodo prima dell'operazione vera e propria, cosa di cui fino ad allora non ero consapevole. Iniziai dunque a prendere il farmaco molto prima di quanto programmato e questo mi permise di "funzionare" nuovamente a dovere, come mi venne confermato.

Un'ulteriore situazione inaspettata si presentò il giorno dell'intervento, come concordato con l'anestesista presi la mia solita dose di metilfenidato prima dell'operazione. Quel dosaggio ha in me una durata di circa 8 ore ma avevo notato in situazioni precedenti che la durata del farmaco diminuiva in caso di eventi stressanti; poteva verificarsi che già dopo 5 ore il farmaco non facesse più effetto. A quel punto mi aspettavo di essere nuovamente in camera per poter prendere subito la dose successiva. Non andò così. Ero ancora in sala di risveglio quando divenni

sempre più irrequieta, ero infastidita di dover aspettare e dalle chiacchiere degli altri pazienti. Non volendo essere scortese cercai di nascondere la mia crescente irrequietezza. Ma tutto d'un tratto questo non fu più possibile. Iniziai a piangere e mi vergognai nello stesso momento per il mio comportamento, tuttavia non ero in grado di spiegare agli infermieri cosa mi stesse succedendo. Ad un certo punto mi accorsi che ero completamente sopraffatta e che necessitavo assolutamente del farmaco. Infatti, poco dopo averlo preso, ero di nuovo una paziente "adulta".

Dopo l'operazione sono stata ricoverata per 10 giorni in una camera da quattro posti letto di cui due erano destinati a pazienti con degenza brevissima (da una a tre notti). C'erano dunque sempre pazienti operate di recente che necessitavano di sorveglianza anche durante la notte per cui le infermiere entravano, accendendo la luce. Anche di giorno tra personale curante, il giro di visite dei medici e i fisioterapisti c'era un continuo via vai in camera. Era quasi impossibile avere un momento di calma e tranquillità. Inoltre vi erano anche i visitatori delle altre ricoverate, che spesso non rispettavano nemmeno la pausa per il pranzo. Tutto questo mi affaticava sempre di più e me ne accorsi soprattutto perché sviluppai un'iperacusia. Sentivo anche il rumore più impercettibile come per esempio lo scendere della goccia nella flebo della vicina di letto. Cercavo di escludere dalla mia attenzione questi rumori mantenendo una corretta terapia con il metilfenidato durante tutta la giornata e stando bene attenta a non cadere in un effetto rebound. Solitamente questo mi riesce bene anche in situazioni di stress, ma non questa volta.

Al settimo giorno ero così esausta che iniziai a piangere quando la mia vicina di letto mise le cuffie sul suo letto, ma senza spegnere l'audio del programma che stava ascoltando alla radio. Quando glielo feci notare era molto stupita, perché lei stessa non sentiva niente! Al prossimo giro di visite dei medici venne discusso il mio trasferimento in un centro riabilitativo per un ciclo di terapie e la signora suggerì il ricovero in una camera singola. Effettivamente ottenni la camera singola e nei primi giorni tutto procedette per il meglio. Appena potevo mi ritiravo in camera mia per una pausa, per ricaricarmi e per ritrovare la pace. Nella seconda settimana vi fu una sessione di terapia di gruppo. Si facevano esercizi alla sbarra e su un *balance board* – io con il ginocchio appena operato – poi si doveva portare la palla intorno al corpo, buttarla alla persona di fronte e poi riprenderla, passarla al vicino facendola passare sopra la testa e così via.

Tutto questo era molto impegnativo per me, non per via del ginocchio, ma perché dovevo concentrarmi sia sulla mia postura sia sui movimenti da eseguire. Mi accorsi, solo alla fine della sessione, come tutto ciò fosse stato un sovraccarico per il mio cervello ADHD. Tutti gli altri uscirono dalla sala chiacchierando mentre io mi aggrappavo alla sbarra cercando disperatamente di ricompormi. Di nuovo, iniziai a piangere. Andai subito in camera a prendere il farmaco... ed entro breve tempo ero nuovamente padrona di me stessa.

Ora so che per il futuro, in caso di eventi straordinari, come un'operazione o un ricovero ospedaliero, dovrò informare i medici, gli infermieri ed i terapisti sin dall'inizio della mia diagnosi di ADHD e fornire loro i dettagli sulla terapia con il metilfenidato.

A breve dovrò far operare il secondo ginocchio... una buona occasione per mettere in pratica i suggerimenti di cui sopra.

Firmato M.L.
Traduzione di Jasmine Rizzi,
referente.trento@aifa.it

I GRUPPI DI AUTO-MUTUO AIUTO: UN SOSTEGNO DA E PER ADHD ADULTI

In febbraio di quest'anno si è costituito in provincia di Trento un gruppo di auto-mutuo aiuto per ADHD adulti. Si tratta di un'esperienza di gruppo che consente a persone adulte affette da ADHD di incontrarsi, conoscersi e confrontarsi in una dimensione di scambio e sostegno reciproco. Il gruppo offre uno spazio in cui poter parlare di sé e dei propri problemi senza sentirsi giudicati, in un clima di accettazione, ascolto, solidarietà e riservatezza; inoltre favorisce lo scambio di informazioni ed aiuta a creare una rete di amicizie.

Le persone possono partecipare secondo la propria disponibilità, raccontando le proprie storie di vita, a cui tutti possono prendere parte ascoltando e comunicando. La condivisione dei propri problemi con altri che hanno attraversato esperienze simili può aiutare ad affrontare le difficoltà quotidiane. Il gruppo si incontra mensilmente.

Coordinatore nazionale dei gruppi di auto-mutuo aiuto:

Jasmine Rizzi, referente Aifa Onlus per la provincia di Trento,

tel. +39 0461 764 691,

e-mail: referente.trento@aifa.it

www.aifaonlus.it/gruppi-auto-mutuo-aiuto.html

DISTURBI DEL SONNO NEGLI ADULTI CON ADHD

È ormai risaputo che il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) non caratterizza esclusivamente l'età infantile ma tende a persistere nell'età adulta causando difficoltà e problematiche rilevanti nelle persone che ne sono affette, soprattutto se queste non ricevono cure adeguate. I sintomi dell'ADHD sono ben conosciuti: inattenzione, iperattività e/o impulsività sono considerati come la cosiddetta triade sintomatologica.

Però poca attenzione è stata data alle altre problematiche che frequentemente si riscontrano nelle persone che hanno l'ADHD, soprattutto se adulte; tra queste una attenzione particolare va data ai disturbi del sonno.

Le persone che hanno l'ADHD hanno solitamente difficoltà a prendere sonno: studi riportano che il 25-50% dei bambini ed adolescenti soffrono di problematiche legate al sonno e queste sono state trovate in più dell'80% degli adulti con diagnosi di ADHD. È stata riscontrata anche una differenza legata al sottotipo ADHD: i bambini con sottotipo inattentivo in genere presentano meno difficoltà legate all'addormentamento e al mantenimento del sonno rispetto ai bambini con sottotipo combinato. Chi ha un sottotipo inattentivo manifesta una maggiore sonnolenza durante il giorno, ma dorme anche di più. Studi sugli adulti sembrano ritrovare le stesse differenze, tuttavia sono ancora pochi rispetto alle tante ricerche svolte sui bambini.

Circa l'80% degli adulti con ADHD va a letto tardi (tra l'una e le tre di notte) e preferisce alzarsi altrettanto tardi. Anche qualora essi provassero ad andare a letto prima avrebbero comunque molta difficoltà ad addormentarsi. Il risultato di ciò è una fastidiosa sonnolenza diurna, un aumento dell'inattenzione e della difficoltà a sostenere la concentrazione.

Non solo gli adulti con ADHD dormono meno rispetto alle persone che non soffrono del disturbo, ma hanno anche una peggiore qualità del sonno, perché si muovono di più durante la notte e si svegliano più frequentemente. Le cause di questi problemi legati al sonno sono oggetto di numerose ricerche: alcune parlano di un possibile deficit di ferritina che gioca un ruolo mol-

to importante nel metabolismo dopaminergico, altre parlano di un ritardo nella produzione di melatonina che determinerebbe uno spostamento del ritmo biologico circadiano. La melatonina è una sostanza che normalmente il nostro organismo produce intorno alle 21.30 di sera, e determina una cascata di reazioni nel nostro organismo che lo preparano all'addormentamento. Negli adulti con ADHD la secrezione endogena della melatonina avverrebbe all'incirca 45 minuti più tardi, determinando così un ritardo nell'addormentamento. Il problema però è che gli orari scolastici, universitari e lavorativi non cambiano, e le persone con l'ADHD dormiranno meno (e peggio) giorno dopo giorno... (vedi figura 1)

Fino a poco tempo fa i disturbi del sonno non venivano regolarmente valutati e gestiti nella prassi clinica dell'ADHD adulto, ma oggi disponiamo di molte più conoscenze al riguardo.

Cosa può fare un adulto con diagnosi di ADHD che manifesta difficoltà legate al sonno?

Innanzitutto si dovrebbe cominciare con una adeguata igiene del sonno, ovvero con l'apprendimento dei comportamenti che favoriscono il rilassamento e una migliore qualità del sonno. Alcol e caffè andrebbero limitati e in tarda serata bisognerebbe controllare anche l'assunzione di liquidi che, se in eccesso, determinerebbe fastidiosi risvegli notturni.

Purtroppo l'utilizzo di computer e tablet prima di andare a dormire è sconsigliato perché la luce proveniente dagli schermi ha un effetto soppressivo sulla secrezione di melatonina. Invece, l'attività sportiva svolta durante il giorno aumenta i livelli di melatonina, motivo per cui le persone generalmente dormono meglio dopo essersi sottoposte a sforzi fisici.

Ma quando possiamo parlare di disturbo del sonno? Al di là delle definizioni incluse nei manuali diagnostici, è importante valutare l'effettiva qualità del proprio sonno, la frequenza dei risvegli e la sua capacità ristoratrice. Le persone che non dormono bene spesso non hanno idea di quanto questo possa incidere sul proprio funzionamento quotidiano, e non pensano a quanto le proprie abitudini possano facilitare (e poi mantenere) una insonnia.

Le abitudini legate al sonno

Lunedì-Venerdì
<i>Solitamente a che ora vado a letto la sera?</i>
<i>Solitamente a che ora mi sveglio* la mattina?</i>
<i>Solitamente a che ora mi alzo* dal letto la mattina?</i>
<i>Mi riposo nel pomeriggio?</i>
Sabato
<i>Solitamente a che ora vado a letto la sera?</i>
<i>Solitamente a che ora mi sveglio* la mattina?</i>
<i>Solitamente a che ora mi alzo* dal letto la mattina?</i>
<i>Mi riposo nel pomeriggio?</i>
Domenica
<i>Solitamente a che ora vado a letto la sera?</i>
<i>Solitamente a che ora mi sveglio* la mattina?</i>
<i>Solitamente a che ora mi alzo* dal letto la mattina?</i>
<i>Mi riposo nel pomeriggio?</i>

*non necessariamente il momento in cui ci si sveglia corrisponde al momento in cui ci si alza dal letto.

Potrebbe essere utile compilare un diario del sonno, in cui si prende nota ogni giorno e per un determinato periodo di tempo di una serie di informazioni che potranno essere in seguito utili allo specialista. Sul diario andranno riportate quotidianamente informazioni come queste:

- A che ora sono andato/a a letto?
- Quanto tempo ho impiegato ad addormentarmi?
- Mi sono risvegliato/a durante la notte?
- Se sì, quante volte?
- Ho bevuto caffè/alcol ieri?
- Ero preoccupato/a per qualcosa?

Esistono numerosi test e questionari utilizzati in ambito clinico che possono aiutare a diagnosticare un disturbo del sonno. Sulla base della valutazione clinica lo specialista potrebbe anche suggerire una indagine polisonnografica, che è la tecnica "più raffinata" per lo studio del sonno. È ormai ampiamente dimostrato che un disturbo del sonno può esacerbare le problematiche, il controllo degli impulsi e la frustrazione di una persona con ADHD. Ne può essere compromesso l'andamento lavorativo, i rapporti sociali e l'aspetto psicologico. Infatti, la carenza di sonno provoca difficoltà di apprendimento e memoria, può facilitare gli incidenti stradali e nel lungo termine portare ad un maggior rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, obesità, diabete, depressione. Non bisogna sottovalutare, infine, che i sintomi di insonnia e di eccessiva sonnolenza diurna possono essere la spia di diversi altri problemi, ognuno dei quali richiede una valutazione ed un trattamento specifici.

Dott.ssa Luana Salerno
 Psicologa Psicodiagnosta
 INS, Istituto di
 Neuroscienze, Firenze
 luanasalerno@alice.it

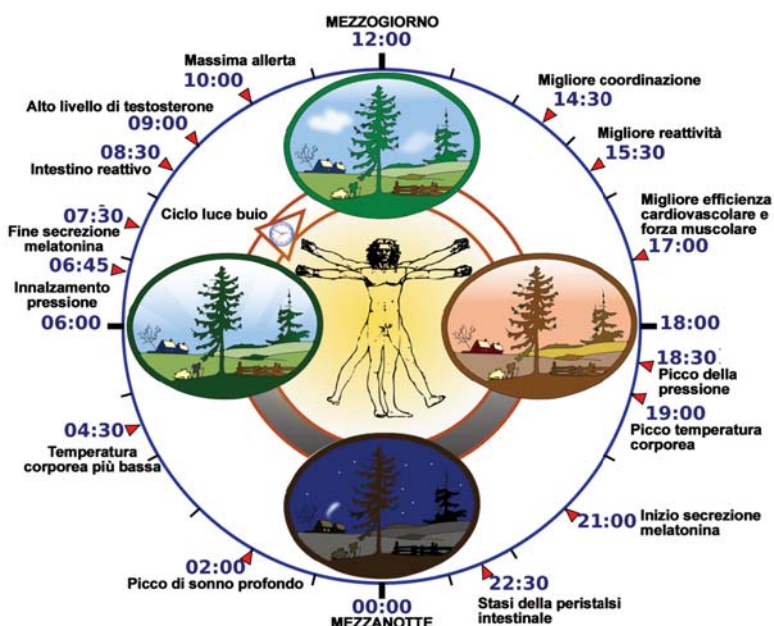


Figura 1.

Consigli generali

- Evitare sonnellini durante il giorno.
Potrebbero disturbare il normale ritmo sonno-veglia.
- Evitare stimolanti come la caffeina, nicotina e alcol troppo vicino al momento in cui si vuole andare a letto.
- L'esercizio fisico può promuovere un sonno ristoratore.
- Un eccesso di cibo può essere disturbante per un buon riposo.
Evitare i pasti abbondanti prima di andare a letto.
- Assicurarsi una adeguata esposizione alla luce naturale, in quanto aiuta a mantenere un sano ciclo sonno-veglia.
- Stabilire una routine regolare e rilassante per andare a dormire. Evitare conversazioni e attività con forte contenuto emotivo e non portare i propri problemi a letto.
- Associare il letto con il sonno. Non è una buona idea usare il letto per guardare la TV, giocare con il tablet o con il cellulare.

DISAGIO MENTALE, IN EUROPA È 'PANDEMIA': 165 MLN CON DISTURBI

www.adnkronos.com - Ansia, depressione, demenza, dipendenza da alcol e droghe, disagio psicologico che spesso si trasforma in sofferenza fisica. Nel 2030 i disturbi mentali saranno le malattie più frequenti nel mondo, ma nell'Europa della crisi sono già pandemia: la sfida sanitaria del Terzo millennio, che colpisce secondo gli ultimi dati disponibili il 38,2% degli abitanti del Vecchio continente, per un totale di quasi 165 milioni di pazienti su una popolazione di 514 mln. **Dei malati, appena uno su 3 riceve farmaci o altre terapie. Per 2 su 3 nessuna cura.**

Un quadro drammatico che attende aggiornamenti in questi giorni a Vienna, dove è in corso il 23esimo Congresso dell'Epa, l'Associazione europea di psichiatria. Il summit 2015 riunisce dal 29 al 31 marzo esperti da 88 Paesi del pianeta, membri di 37 enti nazionali, in rappresentanza di oltre 78.500 psichiatri europei e mondiali.

Sulla scala della disabilità 'Daly' (anni di persi per mortalità precoce o vissuti in malattia), le patologie mentali sono sul primo gradino del podio europeo (26,6%). "Quelle con un impatto maggiore sono la depressione (7,2%) e l'Alzheimer (7,3%), oltre ai problemi legati all'abuso di alcol (3,4%) di cui oggi si parla troppo poco, ma che nella Penisola interessano circa 2 milioni di persone", spiega all'Adnkronos Salute Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di neuroscienze dell'ospedale Fatebenefratelli di Milano e past president della Società europea di psichiatria (Sip).

In termini di frequenza, al primo posto ci sono i disturbi d'ansia (14%), seguiti da insonnia (7%) e depressione maggiore (6,9%), disturbi somatoformi (sintomi fisici che indurrebbero a pensare a una malattia somatica, al 6,3%), disturbo da iperattività e deficit dell'attenzione-Adhd (5% dei giovani), dipendenza da alcol e droghe (4%) e demenza (dall'1% nella fascia 60-65 anni al 30% fra gli 80enni).

"Crude statistiche che descrivono un esercito che soffre: possiamo stimare oltre 61 milioni di malati d'ansia (8 mln solo in Italia), 29 mln di insonni e quasi altrettanti depressi (3,9 mln nel nostro Paese), oltre a 6 mln di persone affette da demenza", elenca Mencacci.

Dietro ai numeri si nascondono "disturbi con gravità differenziale - precisa Mencacci - Da lievi a medi o gravi, da assolutamente transitori a cronici e permanenti. Una vera sfida del XXI secolo", come avvertono anche le autorità internazionali e l'Organizzazione mondiale della sanità in primis. "Un allarme ancora più grande se si pensa che appena il 33% di questa popolazione di malati riceve terapie e farmaci", sottolinea lo psichiatra. E a subire di più le conseguenze del disagio sono le donne: "Il peso dei disturbi mentali, inteso come disabilità - rileva lo specialista - impatta nella popolazione femminile per oltre il 30% sul totale malattie, contro il 23% in quella maschile. Una differenza molto significativa". E la crisi? "Pesa e non poco: crescono in particolare ansia e depressione, la mortalità alcol-correlata, la piaga dei suicidi".

"Con la crisi - avverte Mencacci - abbiamo assistito in primo luogo a un aumento del consumo di alcol e della mortalità correlata, e si è registrata una crescita dei tassi suicidari legata alla disoccupazione: ogni incremento del 10% del tasso di disoccupazione fa registrare un +1,4% del tasso suicidario. E se in Italia il dato resta medio-basso, pari al 6,3 per 100 mila abitanti all'anno - puntualizza lo psichiatra - per la popolazione europea siamo quasi al doppio, con un tasso di circa 12/100 mila abitanti/anno. In Cina arriviamo addirittura a 14 e il 'gigante rosso' è l'unico Paese in cui sono più donne degli uomini a subire questo aumento".

Nell'Europa della crisi dilagano anche "ansia, depressione e consumo di sostanze in generale, specie fra i più giovani. E aumentano disturbi somatoformi e malattie somatiche: sindromi dolorose localizzate, dismorfofobia con una percezione distorta del proprio corpo che contribuisce anche a spiegare il massiccio ricorso alla chirurgia plastica, e la vecchia ipocondria sempre più spesso declinata in 'cybercondria'".

Nell'era di Internet e social network la paranoia corre infatti sul filo del mouse, si moltiplicano i navigatori ossessionati da 'dot-tor Google' e quelli che si affidano a pericolose autodiagnosi o ancora peggio all'autocura. "Un danno nel danno, che gonfia la spesa per il Servizio sanitario nazionale".

Non solo: "La crisi, unita alla perdita di speranza e a una per-

cezione molto bassa delle reti di protezione sociale, amplifica e a volte esaspera anche il modo in cui il malessere viene manifestato". Nel nostro Paese tuttavia, testimonia Mencacci, "il cambiamento politico sta mostrando i suoi benefici": una sorta di "effetto-Renzi", con "la comunicazione di un messaggio positivo che inizia a penetrare".

Promuovere l'innovazione sia in ambito clinico che di ricerca, e consolidare le basi di un 'networking' internazionale strategico per migliorare la salute mentale e l'assistenza psichiatrica in tutto il mondo. Questo l'obiettivo dell'"Epa 2015" che anima la capitale austriaca. Nelle oltre 20 sessioni congressuali e tavoli di lavoro verranno presentati i risultati più recenti emersi in letteratura sul fronte della ricerca clinica e traslazionale di base, e la loro applicazione pratica in un ampio excursus che va dalla diagnosi al trattamento fino alla formazione specialistica.

"L'Epa - commenta Emilio Sacchetti, presidente della Sip - è da sempre impegnata a garantire agli psichiatri informazio-

ne, ricerca e innovazione di qualità. L'associazione e il suo congresso offrono una preziosa opportunità per condividere risultati di ricerca e nuove strategie terapeutiche, confrontandosi con esperienze di colleghi nazionali, ma anche europei e internazionali. Nel rispetto di questo obiettivo il meeting permette di intraprendere nuove e importanti 'connessioni', rivolte ad una crescita scientifica e assistenziale della nostra disciplina".

Al Congresso viennese entrerà in carica come presidente eletto dell'Epa la psichiatra italiana Silvana Galderisi, professore ordinario della Seconda università degli Studi di Napoli. Prenderà ufficialmente il timone dell'Associazione europea nel 2017.

Articolo pubblicato il 29/03/2015
da www.adnkronos.com

(Editoriale di Patrizia Stacconi, Presidente Aifa Onlus, continua da p.2)

aggiornamento 2013 al link <http://tiny.cc/guideNice>, par. 1.7 pag. 29 e dichiarazione di consenso europeo sulla diagnosi e il trattamento dell'ADHD adulto al link <http://tiny.cc/consensusAdult> ecc.)

3. Soltanto pochi medici e psicoterapeuti sul territorio conoscono il disturbo e gli interventi terapeutici indicati per la presa in carico dell'adulto con ADHD.
4. Frequentemente agli adulti con ADHD vengono attribuiti come primari altri disturbi (bipolare, borderline, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia) e sono sottoposti a terapie farmacologiche inappropriate. In questo modo non si raggiunge l'obiettivo di cura, il paziente perde fiducia nelle possibilità terapeutiche e la spesa farmaceutica è stata inutile.
5. Mancano tutele per l'inserimento nel mondo del lavoro e la prosecuzione degli studi universitari. La direttiva sui BES tutela i ragazzi fino al diploma di scuola media superiore ma per le università c'è ancora molto da fare.

Siamo un caso unico in Europa e la situazione lentamente sta cambiando. Il 10 dicembre del 2012 siamo stati ricevuti in Open-Aifa dall'Agenzia del Farmaco ed abbiamo promosso un *concept paper* (documento di riflessione, preparativo al *position paper*) emanato dall'Agenzia il 10 dicembre 2014. L'obiettivo era sollecitare risposte anche sui temi relativi all'adulto con ADHD. In attesa della definizione del *position paper* (documento definitivo sull'argomento in questione) sono stati messi in moto dei meccanismi importanti: l'Agenzia del Farmaco ha chiesto all'Istituto Superiore di Sanità di mettere a punto un protocollo sulla diagnosi e cura dell'adulto affetto da ADHD. L'Istituto Superiore di Sanità ha interpellato tutti gli assessorati alla salute regionali per indicare quali possano essere i centri pubblici adeguati a diventare centri di diagnosi e cura per l'ADHD nell'adulto (ovvero sopra i 18 anni, poiché si hanno dal 2007 solo centri per ragazzi dai 6 ai 18 anni). Ad oggi, hanno risposto pochissime regioni ma è pur sempre un inizio. Considerata la mancanza di terapie farmacologiche, l'Agenzia Italiana del Farmaco ci aveva suggerito, sempre nel 2012, di chiedere l'inserimento dei principi attivi (metilfenidato e atomoxetina) nella lista della legge 648 del '96 per

l'utilizzo negli adulti. L'istituto di ricerca "Mario Negri" di Milano ha presentato richiesta di inserire queste sostanze soltanto per gli adulti che erano già in terapia farmacologica prima dei 18 anni mentre, come Associazione, abbiamo presentato richiesta affinché le sostanze fossero disponibili per tutti gli adulti con ADHD. Purtroppo al momento è stata accolta dall'Agenzia Italiana del Farmaco soltanto la richiesta di inserimento inoltrata dal "Mario Negri". Nel frattempo la casa farmaceutica titolare del principio attivo atomoxetina, ha registrato il proprio farmaco che ora ha l'indicazione per utilizzo anche in età adulta e può essere regolarmente prescritto a tutti gli adulti diagnosticati. L'Aifa Onlus si sta attivando per risolvere questo paradosso: ovvero il farmaco a base di metilfenidato, considerato di prima scelta in tutto il mondo, in Italia può essere prescritto soltanto *off label*. A questo scopo, su suggerimento del direttore dell'Agenzia Italiana del Farmaco Dr. Luca Pani, cercheremo di essere ricevuti dalla Commissione Tecnico Scientifica per sostenere l'inserimento del metilfenidato nella lista della legge 648 per tutti gli adulti. La speranza è che le persone adulte con ADHD in Italia non siano più costrette ad avvalersi di medici fuori dai confini nazionali (Svizzera, Austria, Belgio, Germania, Spagna, Gran Bretagna, ecc.) per farsi prescrivere ed acquistare i farmaci di prima scelta affrontando costi proibitivi.

Arrivare ad una presa in carico adeguata per l'ADHD nell'adulto in Italia è ancora una strada in salita e non stupisce che le case farmaceutiche non abbiano interesse a registrare i farmaci che ci occorrono. Tuttavia, quello che si sta muovendo negli ultimi anni (*position paper*, protocollo dell'ISS, tutela da parte del MIUR, la prossima apertura di centri di eccellenza, l'interesse da parte Società Italiana Psichiatria) sembra aver posto le basi per un futuro migliore.

E noi, come Aifa Onlus, ci saremo!

Patrizia Stacconi,
presidenza@aifa.it



L'ADHD, un disturbo diffuso ma ancora poco conosciuto

Il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) è una delle patologie neuropsichiatriche più frequenti ad esordio in età evolutiva, caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria. Il disturbo si presenta con differenti manifestazioni cliniche dall'età prescolare all'età adulta e può compromettere numerosi ambiti dello sviluppo e delle attività sociali del bambino predisponendolo a disagio sociale o, nei casi più gravi, ad altra patologia psichiatrica nell'adolescenza e nell'età adulta. Si tratta di un disturbo eterogeneo e complesso, multifattoriale, caratterizzato nel 70-80% dei casi dalla coesistenza con un altro o altri disturbi (della condotta, dell'apprendimento, d'ansia, dell'umore, tics), evento che ne aggrava i sintomi rendendo complessa sia la diagnosi sia la terapia.

**Sostieni l'Aifa Onlus con il 5 x mille
CF 94224830631**

L'Aifa Onlus un'associazione di genitori

L'Aifa Onlus (Associazione Italiana Famiglie ADHD) è un'associazione di genitori senza scopo di lucro che nasce come gruppo di auto/mutuo-aiuto nell'opera di sostegno alle famiglie con figli affetti dal disturbo da deficit d'attenzione/iperattività attraverso una rete di genitori referenti nelle varie province e regioni italiane che si rendono disponibili all'ascolto e all'aiuto di altri genitori in difficoltà a causa del disturbo, attraverso la condivisione della loro realtà e dell'esperienza, ed una seria opera d'informazione. L'opera di sostegno alle famiglie è affiancata ad un'intensa opera di diffusione e promozione delle conoscenze scientifiche attraverso il sito www.aifaonlus.it, le newsletter, il notiziario AIFANEWS, i libri, i quaderni, i dvd ed anche attraverso la promozione e l'organizzazione di convegni scientifici a livello nazionale e regionale, la partecipazione attiva in molte conferenze, tavole rotonde, convegni, dibattiti televisivi ed interviste.



L'Aifa Onlus fa parte del CnAMC, il Coordinamento Nazionale Malati Cronici, una rete di Cittadinanza Attiva, del FORUM delle Assoc. Familiari e dell'ADHD-EUROPE.



Aderisci all'Aifa Onlus

Iscriviti all'Aifa Onlus o rinnova l'iscrizione.
La quota è di 25 euro.

I versamenti possono essere fatti:

- * dal sito www.aifaonlus.it pagando con carta di credito
- * tramite bollettino postale intestato a Aifa Onlus cc postale 38759411
- * tramite bonifico sul conto corrente presso le Poste Italiane intestato ad Aifa Onlus IBAN IT 91 W 07601 03400 000038759411.
- * tramite bonifico sul conto presso la banca BCC Riano intestato ad Aifa Onlus IBAN IT 86 C 08787 39350 000000004956

La quota di iscrizione non è detraibile dalla dichiarazione dei redditi.

WWW

www.aifaonlus.it

facebook

Bollettino Agorà Aifa Onlus

facebook

ADHD: questa sconosciuta....



FOTOGRAFIAMO L'IPERATTIVITÀ

1° Concorso fotografico nazionale dell'Associazione Famiglie ADHD Cuneo (affiliata Aifa Onlus)
scadenza 28 settembre 2015

L'ADHD è un disturbo neurobiologico che colpisce molti bambini. I sintomi principali sono: iperattività, impulsività e disattenzione.

Lo scopo di questo concorso è quello di divulgare e far conoscere l'ADHD a livello sociale, rappresentandolo attraverso scatti che ritraggano tali caratteristiche tramite: soggetti naturalistici, appartenenti al regno animale o vegetale, fenomeni atmosferici, acqua (quandanche fosse evidente la presenza dell'uomo e il suo intervento).

I temi possono essere:

A - Tema obbligato IPERATTIVITÀ - BN/Colore - max 4 opere.

B - Tema libero - BN/Colore - max 4 opere.

Per ulteriori informazioni, la locandina ed il regolamento, visitate il link:

<http://tiny.cc/fotografiamo>

oppure contattate Cinzia al 338 4405 675, referente.cuneo@aifa.it