

# 14.2

## **ADHD E DIPENDENZE. RISULTATI PRELIMINARI DELLO SCREENING CON ADULT ADHD SELF-REPORT SCALE (ASRS) NEL SERT DI LIMBIATE (ASST BRIANZA) E PROPOSTA DI MODELLO OPERATIVO INTEGRATO**

**Vanzin L.\*[1], Leto D.[2], Pirola G.[2],  
Cavagna D.[2], Molteni D.[2], Bandecchi S.[2],  
Tangorra M.[2], Polletta M.[2], Villone P.[2],  
Cianflocca P.[2], Aiello L.[2], Bramani Araldi M.[2],  
Galimberti G.M.[2]**

[1]SSD Psicologia Clinica, SC Dipendenze, Ambulatorio ADHD Adulto, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze-ASST Brianza ~ Limbiate ~ Italy, [2]SC Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze-ASST Brianza ~ Limbiate ~ Italy

Screening preliminare dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in 50 pazienti consecutivi affetti al Sert di Limbiate, SC Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Bri

### **Introduzione**

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD) in età adulta ha una prevalenza stimata del 2,6–6,8% nella popolazione generale e fino al 40,9% nei pazienti con disturbi da uso di sostanze (SUD). Nei Sert italiani lo screening non è ancora prassi, nonostante numerose evidenze dimostrino che la comorbidità ADHD-SUD aggrava la prognosi. La comorbidità ADHD-SUD identifica infatti un sottogruppo di pazienti caratterizzati da elevata gravità clinica, con tassi aumentati di depressione, ideazione suicidaria e comportamenti antisociali (Migliarese, 2020). Per quanto riguarda la popolazione con ADHD, la letteratura internazionale indica che le donne presentano quadri clinici più severi e maggiore compromissione funzionale rispetto agli uomini (Young et al., 2020; Katzman et al., 2017). Diversi studi hanno sottolineato come l'esito del trattamento migliori significativamente affrontando entrambi i disturbi in maniera integrata (Migliarese 2019, Lugoboni et al., 2017) ma, ad oggi,

non esistono in Italia protocolli consolidati per lo screening sistematico dell'ADHD nei SerD, né dati che distinguano per genere la gravità clinica.

### **Metodi**

Sono stati valutati consecutivamente 50 utenti (41 maschi e 9 femmine) in carico per disturbo da uso di sostanze o gioco d'azzardo. Nella tabella 1 viene riportata la numerosità relativa ai diversi comportamenti di dipendenza. Per ciascun partecipante sono stati raccolti dati socio-demografici, sostanza primaria e presenza di abuso attivo. Agli utenti è stata proposta la compilazione dell'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), uno strumento sviluppato dal World Health Organization (WHO, Kessler et al., 2005) per lo screening dell'ADHD in età adulta sulla base dei criteri del DSM-IV. L'ASRS ha mostrato una buona consistenza interna (Kessler et al., 2005), elevati valori di affidabilità test-retest e stabilità temporale accettabile (Adler et al., 2006). La validità di criterio dimostra un'accuratezza diagnostica >80% (Kessler et al., 2005). Nel presente lavoro sono stati considerati i punteggi per le sezioni A e B e il Punteggio Totale, classificati in fasce di rischio ("basso", "da lieve a moderato", "alto", "molto alto"). Come indicato in letteratura, il cut off di 14 alla sezione A è stato considerato suggestivo della presenza di ADHD nell'adulto.

### **Risultati**

Il presente campione è composto da 50 soggetti (41 maschi, 9 femmine), con un'età media di 38,5 anni (DS = 12,1; range 18–61). La distribuzione dello stato civile mostra una prevalenza di coniugati/conviventi (62%), seguiti da separati/divorziati (20%) e da celibati/nubili (14%). Dal punto di vista occupazionale, circa il 58% dei partecipanti è disoccupato o impiegato in lavori non qualificati, mentre solo il 20% svolge professioni qualificate; il restante gruppo include studenti e soggetti con occupazioni non classificabili. Questo profilo riflette un livello socio-economico prevalentemente medio-basso, in linea con quanto riportato in letteratura sui pazienti afferenti ai Servizi per le Dipendenze.

Nella sezione A dell'ASRS, considerando clinico un punteggio pari o superiore a 14, il 28% del campione è risultato positivo, con una prevalenza di punteggi clinici quasi doppia nelle femmine rispetto ai maschi (44,4% vs 24,4%). Nella Parte B, il 12,2% dei soggetti si colloca nella fascia "molto alta", il 12,2% nella fascia "alta" e il 20,4% in fascia "moderata". Per quanto riguarda il punteggio totale, l'8,2% ricade nella fascia "molto alta" e il 18,4% in fascia "alta". In termini di distribuzione per genere, le donne si concen-

trano maggiormente nelle fasce di gravità elevata (50%), mentre gli uomini tendono a distribuirsi soprattutto nella fascia "bassa" e "moderata". Questo quadro riflette la letteratura che descrive un decorso più severo e complesso dell'ADHD femminile adulto.

Allo scopo di esplorare le caratteristiche del campione risultato significativo allo screening per l'ADHD ed evidenziare eventuali differenze rispetto al campione il cui punteggio non è suscettibile ad una diagnosi, è stata condotta una regressione logistica binaria con variabile indipendente "clinico vs non clinico" e come outcome il livello di istruzione, la condizione occupazionale e la sostanza primaria di utilizzo (tabella 2). I risultati hanno mostrato che i soggetti sopra soglia presentano una probabilità significativamente più elevata di avere un basso livello di istruzione ( $OR = 53.77$ ,  $IC95\% = 16.73-172.78$ ,  $p < .001$ ). Inoltre, l'avver ottenuto un punteggio sopra soglia si associa a una probabilità significativamente maggiore di riferire la cocaina come sostanza primaria ( $OR = 104.85$ ,  $IC95\% = 32.88-334.32$ ,  $p < .001$ ). Al contrario, non è emersa un'associazione statisticamente significativa con la condizione lavorativa ( $OR = 0.33$ ,  $IC95\% = 0.06-1.90$ ,  $p = 0.216$ ).

### Conclusioni

Lo screening ADHD con ASRS è risultato facilmente applicabile da parte di tutte le figure dell'équipe in un contesto Sert e ha consentito di identificare una quota significativa di utenti con sintomatologia compatibile con ADHD. I dati preliminari evidenziano un'elevata prevalenza clinica di soggetti con screening positivo all'ADHD. Nel complesso, questi dati suggeriscono che il superamento della soglia clinica all'ASRS identifica soggetti caratterizzati da maggiore vulnerabilità educativa e da un pattern di consumo più grave, in particolare legato alla cocaina. La cocaina è altresì risultata la sostanza primaria più frequente nei soggetti nelle fasce di punteggio elevato. Questo dato è coerente con la letteratura, che indica come i soggetti con ADHD abbiano un rischio aumentato di sviluppare dipendenza da cocaina, utilizzata in alcuni casi come forma di automedicazione per i sintomi di disattenzione e impulsività (Wilens et al., 2011; Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012).

La prevalenza rilevata è superiore alla media riportata in meta-analisi su pazienti con disturbi da uso di sostanze (range 10–40,9%, media 21%) e nettamente più alta rispetto alla popolazione generale (2,6–6,8%) (Van Emmerik-Van Oortmerssen et al., 2012). Inoltre, la tendenza delle donne a collocarsi in fasce di gravità più elevate riflette quanto documentato in letteratura circa il decorso più severo e complesso dell'ADHD fem-

minile adulto (Young et al., 2020)

Dal punto di vista clinico, lo screening con ASRS è risultato fattibile, rapido e a basso costo. La prevalenza clinica rilevata, la maggiore gravità osservata nelle donne e l'associazione con l'uso di cocaina confermano quanto osservato negli studi internazionali e rafforzano l'importanza di un protocollo strutturato per lo screening e la presa in carico integrata ADHD-SUD, condizione che la letteratura dimostra essere cruciale per migliorare gli esiti terapeutici. L'introduzione di uno strumento semplice, rapido e gratuito come l'ASRS può inoltre ridurre i tempi di accesso a diagnosi specialistiche, favorire l'individuazione precoce della comorbilità psichiatrica, migliorare la continuità terapeutica ed evitare drop-out nei percorsi di cura.

Sul piano organizzativo, i dati raccolti sottolineano l'urgenza di implementare protocolli strutturati nei Sert italiani, attraverso un modello che preveda la formazione degli operatori, la somministrazione routinaria del questionario e l'invio a centri specialistici nei casi positivi.

Dal punto di vista della ricerca, l'estensione dello studio in chiave multicentrica consentirebbe di raccogliere dati epidemiologici di maggiore ampiezza e di valutare in prospettiva gli esiti terapeutici di pazienti ADHD-SUD trattati con approccio integrato. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle differenze di genere, considerando la maggiore gravità clinica osservata nelle donne, che richiede percorsi terapeutici dedicati e sensibili alle specificità di genere.

Infine, a livello di politiche sanitarie, i risultati di questo studio rafforzano la necessità di linee guida nazionali per lo screening sistematico dell'ADHD nei Sert, con l'obiettivo di uniformare le pratiche cliniche, migliorare gli esiti di trattamento e ridurre i costi a lungo termine per il sistema sanitario.

### Bibliografia

- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148. <https://doi.org/10.1080/10401230600801077>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K.,

Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256.

- Lugoboni, F., Migliozi, S., Schifano, F., Pajusco, B., Albiero, A., & Quaglio, G. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder: Screening and clinical implications in an Italian sample of patients in treatment. *Journal of Attention Disorders*, 21(13), 1106–1113.

- Migliarese, G., Chiaia, E., Chieffo, D., & Gritti, P. (2019). ADHD e disturbi da uso di sostanze: Comorbilità, diagnosi e trattamento. *Mission – Medicina delle Dipendenze*, 1(2), 65–74. FrancoAngeli.  
- Somma, A., Borroni, S., Fossati, A. (2019). Construct validity and diagnostic accuracy of the Italian version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1). *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 368–377. <https://doi.org/10.1177/1087054717690817>

- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W. J., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., Bu, E. T., Burren, Y., Carpentier, P. J., Carruthers, S., Casas, M., Demetrovics, Z., Dom, G., Faraone, S. V., Fatseas, M., Franck, J., Johnson, B., Kapitány-Fövény, M., Kaye, S., ... Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19.

- Wilens, T. E., Morrison, N. R., & Prince, J. B. (2011). An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(10), 1443–1465.

- Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & Gonzalez, R. A. (2020). Co-morbid psychiatric disorders in a large cohort of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European Psychiatry*, 63(1), e30.

Tabella 1. *Campione diviso in base al tipo di dipendenza*

|          |    |      |
|----------|----|------|
| Cocaina  | 29 | 58%  |
| Eroina   | 13 | 26%  |
| Cannabis | 3  | 6%   |
| Ketamina | 2  | 4%   |
| GAP      | 2  | 4%   |
| Alcol    | 1  | 2%   |
| Tot.     | 50 | 100% |

Tabella 2. *Regressione logistica binaria*

| Outcome           | OR     | IC95% (LL–UL)  | p     |
|-------------------|--------|----------------|-------|
| Scolarità bassa   | 53.77  | 16.73 – 172.78 | <.001 |
| Occupazione bassa | 0.33   | 0.06 – 1.90    | .216  |
| Uso di cocaina    | 104.85 | 32.88 – 334.32 | <.001 |

Nota. OR = Odds Ratio; LL = limite inferiore; UL = limite superiore.