



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"**  
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Policlinico Umberto I  
Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica  
**I CATTEDRA DI PSICHIATRIA PROF. DR. E. COSTA**  
Direttore S.S. Psicologia Clinica e Psicofarmacologia  
**Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare**  
Presidente Società Italiana Psicopatologia di Genere  
CTU Tribunale di Roma

**Audizione congiunta Commissione Sanità del Senato ed  
Agenzia Italiana del Farmaco**  
Roma 16 Maggio 2007  
Dichiarazione del Prof. Dr. Emilia Costa

Come clinico desidero segnalare l'importanza fondamentale della Diagnosi ai fini di un corretto inquadramento diagnostico ed un adeguato indirizzo terapeutico.

A tal proposito sembra utile ricordare che la stessa "Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza" DSM IV - Masson 2002 pone ancora in dibattito la correttezza della Diagnosi di DDAI proprio per "ridurre il numero di diagnosi falsamente positive". Avverte che nel DSM IV come nel DSM III il Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il Disturbo Oppositivo Provocatorio ed i Disturbi della Condotta sono stati riuniti sotto la denominazione "Disturbi da deficit di attenzione e da Comportamento Dirompente, mentre nell'ICD10 rimane la Diagnosi di Disturbo da Condotta Ipercinetica. Inoltre la sottotipizzazione di questi disturbi presente nel DSM III TR si è rivelata insoddisfacente. Per esempio la Diagnosi di deficit di Attenzione senza iperattività è stata eliminata dal DSM IV dopo un'attenta revisione della letteratura esistente e dopo l'analisi dei nuovi dati di ricerca in relazione al Disturbo da Comportamento Dirompente. Sono state messe in discussione anche la utilità clinica e la validità del Disturbo Oppositivo Provocatorio come diagnosi separata dai Disturbi della Condotta da una parte e dal normale sviluppo dall'altra. Sono stati messi in discussione anche i criteri utilizzati per la definizione di ciascuno dei Disturbi, ricercando criteri coerenti per individuare accuratamente un disturbo dall'altro e poter anche approfondire la diagnosi differenziale rispetto a Disturbi Organici, Disturbi Neurologici, Disturbi da Menomazione, altri Disturbi Psichiatrici più gravi come Schizofrenia e Disturbo Bipolari. In riferimento a questi ultimi si è evidenziato che i dodici item comportamentali che definiscono la DDAI comprendono sintomi prodromici collegati all'esordio più tardivo dei predetti Disturbi psichiatrici maggiori. Una corretta Diagnosi precoce potrebbe evitare lo sviluppo di queste più gravi patologie. Talvolta un Disturbo d'Ansia o un Disturbo Dissociativo possono imitare il DDAI, anche se l'iperattività in questi casi tende a fluttuare. Ancora nel Ritardo Mentale si possono avere sintomi simili che vengono attribuiti al DDAI in quanto la disabilità nell'apprendimento può produrre irrequietezza e disattenzione in classe.

In sintesi il DSM IV per una migliore validazione ed una migliore possibilità di differenziare i disturbi l'uno dall'altro mettendo in evidenza le loro complesse interrelazioni e le difficoltà della Diagnosi Differenziale ha cambiato i criteri per la Diagnosi di DDAI includendo vari sottotipi: 1) Disturbo da deficit di attenzione/iperattività – Tipo Combinato, 2) DDAI – Tipo con disattenzione predominante, 3) DDAI – Tipo con iperattività/impulsività predominante, 4) DDAI NAS, 5) Disturbo della Condotta, 6) Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo da Comportamento Dirompente NAS. Il Tipo deve essere specificato basandosi sull'età di esordio (fanciullezza o adolescenza) e sulla gravità (lieve, moderata, grave).

Ancora il DSM IV evidenzia che devono essere valutati diversi fattori come la qualità dell'ambiente familiare e scolastico e tutte le circostanze intorno al bambino, le modalità relazionali e di comunicazione e l'appropriatezza dei comportamenti genitoriali e dei maestri di scuola.

Appare evidente che, anche tralasciando tutta le altre documentazioni, e riferendomi solo al testo DSM, cui fa riferimento la gran parte della comunità scientifica internazionale, la Diagnosi di DDAI ancora oggi è in via di miglior definizione, sarebbe quindi logico adottare altrettanta prudenza nella formulazione di un progetto terapeutico, avendo ben presente che la ricerca in tal campo ha mostrato come le terapie integrate hanno un miglior tasso di miglioramento e guarigione ed un minor tasso di recidive e cronicizzazioni. Inoltre occorre anche segnalare che la ricerca internazionale ha evidenziato con fRM che la Psicoterapia modifica i circuiti funzionali biologici in periodi brevi con miglioramento delle prestazioni e del comportamento. Quindi maggior attenzione alla formulazione di un progetto terapeutico specifico e personalizzato che tenga conto del cervello in via di evoluzione nell'infanzia e nell'adolescenza e di tutti quei fattori che possono produrre alterazioni anche irreversibili o slatentizzare disturbi che forse non si sarebbero mai presentati; si conoscono innumeri Disturbi Iatrogeni per terapie disfunzionali.

In tutti i casi la Diagnosi va formulata da uno Psichiatra o Neuropsichiatria infantile con accertata esperienza sul campo e non certo come spesso avviene da genitori o insegnanti.

In sintesi i protocolli per il DDAI vanno rivisitati, così come i Centri adibiti alla Diagnosi DDAI, e vanno verificati e monitorati a breve, medio e lungo termine i Progetti Terapeutici.

Prof. Emilia Costa

**Roma 16 maggio 2007**

**Prot. N. 707**