



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

IN PRIMO PIANO

3 Due paranoie contemporanee
di Giannelli A.

7 Programma della Società
Italiana di Psichiatria per gli
anni 2015-2018
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 L'ADHD nell'adulto
*Misdiagnosi e incidenza della
patologia nei servizi*
di Migliarese G., Venturi V., Cerveri G.,
Mencacci C.

26 Terapia della depressione nei
pazienti anziani
di Zarattini F.

49 L'efficacia del trattamento
psicologico in un campione
di soggetti di età compresa
tra i 14 e i 24 anni afferenti
ad un'UOC di Psicologia
Clinica di un DSM:
uno studio pilota
di Bellotti M., Palmisano G.L.,
Galbiati C., Valentini T., De Isabella G.

39 Auto-aiuto: un percorso
di salute mentale
*Esiti quantitativi e qualitativi
di un gruppo sperimentale in
un centro Diurno per persone
con disagio psicosociale*
di Midili G., Frediani G.P.,
Monti P., Cerveri G., Mencacci C.

56 La Psichiatria sociale in Italia:
l'XI Congresso della Società
Italiana di Psichiatria Sociale
"Salute mentale in Tempi di
Crisi"
Luciano M., Fiorillo A.

PSICHIATRIA FORENSE

61 Lo psichiatra e le linee guida
di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996
si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, in-
dirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati
unicamente per l'invio di questo periodico e di altro
materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi
non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni
ai dati in nostro possesso può contattare la redazione
scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza
OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita
gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: *Mademoiselle Pogany II*
Constantin Brancusi, 1920
Charlotte A. Watson Fund

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



L'ADHD nell'adulto

Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi

G. Migliarese¹*, V. Venturi*, G. Cerveri*,
C. Mencacci*

ABSTRACT

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in lingua italiana "Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività") descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza) e caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata su alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività, l'iperattività. Pur essendo stato descritto come specifica patologia dell'età evolutiva, fino a due terzi dei soggetti con ADHD continuano a manifestare il disturbo, spesso "mascherato", anche in età adulta.

Purtroppo il tema dell'ADHD negli adulti è pressoché misconosciuto nella comune pratica psichiatrica del nostro paese e la quasi totalità dei soggetti con questa condizione non vengono riconosciuti né trattati. La letteratura scientifica internazionale segnala che in quadri clinici quali le dipendenze, il disturbo bipolare e i disturbi del comportamento, possono essere riscontrati alti tassi di prevalenza di ADHD e che il trattamento di questa condizione migliora la prognosi. Inoltre, anche patologie cliniche più comuni quali i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi mostrano una significativa comorbidità con l'ADHD: spesso in queste condizioni il mancato trattamento del disturbo sottostante inficia la risposta ai trattamenti, con tassi elevati di non responders.

Il sospetto clinico circa la presenza di un ADHD non trattato deve portare il clinico ad effettuare una prima valutazione di screening ricostruendo l'andamento dei sintomi nel tempo, in un'ottica evolutiva. Esistono valutazioni testali e strumenti sensibili e di rapido utilizzo che possono aiutare ad ipotizzare la presenza di tale disturbo. La valutazione diagnostica prevede invece personale formato e qualificato e l'utilizzo di una batteria testale completa, che indaghi approfonditamente le diverse aree cliniche implicate e l'impatto che il disturbo ha avuto in diversi ambiti della vita dell'individuo.

INTRODUZIONE

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in lingua italiana "Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività") descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza) e caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata sulla presenza di alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività, l'iperattività. Nella nuova edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) l'ADHD è stato inserito all'interno della sezione "Disturbi del Neurosviluppo". Questi disturbi sono accomunati dalla caratteristica di presentarsi precocemente, spesso già prima dell'età scolare, e di causare alterazioni nel funzionamento individuale, scolastico e socio-relazionale. Pur essendo stato originariamente descritto come specifico disturbo dell'infanzia, un gran numero di studi scientifici apparsi nell'ultimo decennio hanno sottolineato che fino a due terzi dei soggetti con ADHD in età pediatrica continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta (Barkley et al. 2002, Kessler et al. 2005).

Nel corso dello sviluppo individuale le caratteristiche cliniche dell'ADHD si modificano e possono essere "mascherate" dall'esordio di altre manifestazioni psicopatologiche di insorgenza successiva, quali i disturbi d'ansia o i disturbi depressivi, rendendo complesso il riconoscimento del disturbo.

Il mancato trattamento di un ADHD sottostante è stato associato ad un peggioramento del quadro clinico e della prognosi in diversi disturbi psichici (2). È stato ad esempio segnalato che la presenza di un misconosciuto ADHD peggiora la prognosi in patologie depressive e ansiose (17) e può aggravare l'andamento clinico del disturbo bipolare (39), anche se quest'ultimo dato appare controverso (41).

In età adulta la caratteristica prevalente e maggiormente disturbante appare di norma legata alle difficoltà attentive, verso cui le strategie individuali di coping appaiono spesso insufficienti per determinare un buon funzionamento negli ambiti di vita (lavoro, studio, relazioni), mentre gli aspetti di iperattività generalmente si modificano e rimangono evidenziabili soprattutto in una dimensione impulsiva e in una sensazione interna di inquietudine. Un'osservazione clinica non specificatamente mirata a queste problematiche può quindi correre il rischio di non individuare pazienti affetti da questo disturbo.

EPIDEMIOLOGIA

La letteratura scientifica internazionale degli ultimi anni ha segnalato che l'ADHD è un problema numericamente rilevante anche in età adulta. Gli studi hanno infatti segnalato tassi di prevalenza nella popolazione generale compresi tra il 2 e il 5% (37, 14, 23, 29). Differentemente rispetto all'età pediatrica, negli adulti l'ADHD si presenta distribuito in modo più omogeneo per sesso, con un rapporto di 1:1 tra maschi e femmine (23, 14).

Se si considerano anche soggetti sotto-soglia che presentano un significativo effetto della sintomatologia sul funzionamento, ma che al contempo non possono essere diagnosticabili con i criteri attuali, i tassi di preva-

lenza risultano estremamente più elevati raggiungendo circa il 16%. Faraone & Biederman (13) hanno coniato il termine di *Narrow ADHD* (soddisfacimento sia dei criteri diagnostici in età pediatrica che in età adulta) e di *Broad ADHD* (che include i soggetti sottosoglia) per segnalare tale aspetto di rilevante importanza clinica.

Il dibattito circa la necessità di porre attenzione clinica anche a soggetti sottosoglia appare un tema estremamente complesso. I medesimi autori, studiando l'andamento del tempo di soggetti con ADHD diagnosticato in età pediatrica, hanno riscontrato significative differenze se si considera la permanenza della costellazione sintomatologica necessaria alla diagnosi o se si considera il funzionamento dell'individuo (4, 5). Globalmente, è stato riscontrato che più del 60% dei bambini con diagnosi di ADHD manifesteranno una forma del disturbo anche in età adulta (26, 1, 21).

Soggetti con pregresso ADHD pediatrico mostrano un peggior outcome rispetto ai controlli, con una maggior frequenza di disturbi del comportamento, abuso di alcool e di sostanze, disturbi di personalità, disturbi dell'umore, alterazioni delle funzioni esecutive, disregolazione emotiva e globalmente un peggioramento del funzionamento (26, 34, 29, 42).

Un aspetto importante nel soggetto adulto riguarda la comorbidità tra ADHD ed altre patologie psichiche. La prevalenza dell'ADHD appare estremamente elevata, attorno al 15%, in soggetti adulti con altri disturbi psichiatrici (30, 12). Al contempo, soggetti con ADHD hanno una comorbidità estremamente elevata con patologie psichiche, tanto che fino ai due terzi dei soggetti con diagnosi di ADHD ha almeno un disturbo psichico associato (33, 14).

L'elevata comorbidità si rende responsabile di fenomeni frequenti nella clinica: i pazienti con ADHD spesso giungono ai servizi lamentando altri disturbi emergenti tanto che l'ADHD può restare misconosciuto, con tassi elevati di non responders dovuti al mancato trattamento del disturbo sottostante (2, 17). Appare quindi primario

che il clinico possa, nel corso di una valutazione specialistica, far nascere in sé il dubbio di un possibile ADHD, poiché il paziente spesso non porta spontaneamente elementi sufficienti o indicativi, in quanto riconosce le proprie modalità disattentive ed impulsive come parti costituenti della propria struttura personologica.

I CRITERI DIAGNOSTICI

Il DSM 5 ha leggermente modificato i criteri diagnostici per l'ADHD rispetto al DSM-IV TR (*Tabella 1*).

L'aspetto più rilevante per la diagnosi in età adulta è che risulta sufficiente che vengano soddisfatti 5 criteri (di contro ai 6 per i bambini). E' stato inoltre modificato il limite dei 7 anni per la comparsa dei sintomi, posticipandolo ai 12 anni.

I sottotipi sono stati definiti "presentazioni" e sono stati descritti tre livelli di gravità che si riferiscono sia alla compromissione del funzionamento globale che all'intensità, alla pervasività e numerosità dei sintomi (lieve, moderato, grave).

Infine, le informazioni devono essere ottenute da due diverse fonti, dal paziente stesso e, ogni volta che sia possibile, da una persona adulta significativa, e sono stati espressi degli esempi nei criteri diagnostici per facilitare l'utilizzo e aumentare la chiarezza. E' stato rimosso l'autismo tra i criteri di esclusione.

MANIFESTAZIONI NELLA PRATICA CLINICA

Come già accennato, la progressiva modificazione delle manifestazioni cliniche nel corso dello sviluppo individuale e l'alta comorbidità psichiatrica riscontrata in soggetti con ADHD pone nella pratica clinica il problema di un corretto riconoscimento diagnostico, passo indispensabile per un adeguato intervento terapeutico.

I pazienti con ADHD si presentano ai servizi psichiatrici lamentando sintomatologia differente, che generalmente riguarda altre categorie diagnostiche (30, 12) e solo in una percentuale ridotta dei casi giungono (generalmente a

servizi super-specialistici per l'ADHD) con problematiche che facilmente possono essere riconducibili a problemi disattentivi o di impulsività/iperattività.

Un primo aspetto da considerare è determinato dall'andamento longitudinale della patologia. In età adulta infatti si assiste a una riduzione dell'iperattività e alla prevalenza degli aspetti disattentivi. Tra questi ultimi, aspetti tipici possono essere la distraibilità, la tendenza al disordine e le difficoltà ad organizzarsi. Soggetti con ADHD tendono ad arrivare in ritardo anche ad appuntamenti importanti (spesso infatti non usano sveglie, agende e orologi), possono apparire sbadati e spesso hanno svariate dimenticanze. L'impressione clinica è quella di una considerevole fatica ad organizzarsi, a mantenere una regolarità e una struttura nel comportamento. Per tale motivo è spesso frequente la tendenza a procrastinare, soprattutto di fronte a compiti/situazioni complesse, che richiedono organizzazione e che, per questo motivo, possono apparire fonte di forte ansia.

Anche in situazioni in cui il soggetto abbia trovato dei "correttivi", questi possono essere utilizzati in modo rigido: ad esempio non è infrequente che soggetti con elevata tendenza al disordine cerchino di essere estremamente metodici e che tale aspetto possa mimare, sul piano clinico, una modesta ossessività essendo frequentemente caratterizzata da una significativa rigidità pensiero.

L'iperattività, nel corso dello sviluppo, tende a ridursi e a lasciare il campo a una sensazione di irrequietezza interna. Soggetti adulti con ADHD possono quindi apparire "inquieti": possono faticare a presenziare a meeting (o ad altre situazioni in cui è importante rimanere a lungo fermi e seduti), possono essere logorroici o mostrarsi incapaci di attendere il proprio turno in una conversazione interrompendo gli altri prima che abbiano completato i loro ragionamenti. In situazioni (ad esempio sul lavoro) dove non è socialmente accettabile muoversi o allontanarsi possono essere presenti alcune evidenti manifestazioni di irrequietezza comportamentale (ad es. mangiarsi unghie, muovere le gambe, continuare a muovere le mani, tamburellare con le dita ecc.). L'irrequietezza interna può essere

Tabella 1 - Criteri diagnostici per l'ADHD (DSM-5)

CRITERIO A. Un pattern di inattenzione persistente e / o iperattività- impulsività che interferisce con il funzionamento o sviluppo.

1. Disattenzione: 6 (o più) dei seguenti sintomi presenti per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che direttamente impattano negativamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (**per gli adolescenti e adulti – dai 17 anni- sono richiesti 5 sintomi**):

- a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nel lavoro scolastico, al lavoro, o durante altre attività (ad esempio, non trova particolari, il lavoro è impreciso).
- b. Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o attività di gioco (ad esempio, ha difficoltà a rimanere concentrati durante le lezioni, conversazioni, o durante la lettura).
- c. Spesso non sembra ascoltare quando si parla direttamente (ad esempio, la mente sembra altrove, anche in assenza di qualsiasi distrazione ovvia).
- d. Spesso non segue le istruzioni e non riesce a finire i compiti scolastici, le faccende domestiche o doveri sul posto di lavoro (ad esempio, inizia le attività ma presto perde la concentrazione ed è facilmente sviabile).
- e. Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e attività (ad esempio, difficoltà a gestire le attività sequenziali, difficoltà nel mantenere i materiali in ordine, disordinato, disorganizzato nel lavoro; ha cattiva gestione del tempo, non riesce a rispettare le scadenze).
- f. Spesso evita o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale (ad esempio, a scuola o a casa, per gli adolescenti più grandi e adulti, di preparazione di relazioni, la revisione documenti lunghi).
- g. Spesso perde le cose necessarie per compiti o attività (ad esempio, materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, occhiali, telefoni cellulari).
- h. Viene facilmente distratto da stimoli estranei (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono comprendere pensieri non correlati alla situazione).
- i. È spesso sbadato nelle attività quotidiane (per esempio, fare le faccende, fare commissioni, per gli adolescenti e gli adulti più anziani, richiamare, pagare le bollette, mantenere gli appuntamenti).

2. Iperattività e impulsività: 6 (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che gli impatti negativamente direttamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (per gli adolescenti e adulti – dai 17 anni- sono richiesti 5 sintomi):

Iperattività

- a. Spesso agita mani o piedi o si dimena sulla sedia.
- b. Lascia spesso il posto in situazioni in cui è previsto rimanere seduti (ad esempio, lascia il suo posto in aula, in ufficio o in altro luogo di lavoro).
- c. Spesso scorrazza e salta dovunque, in situazioni in cui è inadeguato (nota: negli adolescenti o adulti, può limitarsi ad una sensazione di irrequietezza).
- d. Spesso non è in grado di giocare o di impegnarsi in attività di svago in silenzio.
- e. È spesso "on the go", come se "guidato da un motore" (incapace a stare per un tempo esteso in ristorante o a meetings; può essere vissuto dagli altri come inquieto)
- f. Spesso parla eccessivamente.

Impulsività

- g. Spesso produce una risposta prima che una domanda sia stata completata (ad esempio, completa le frasi della gente, non rispetta il turno in conversazione).
- h. Spesso ha difficoltà ad aspettare il suo turno (ad esempio, durante l'attesa in fila).
- i. Spesso interrompe o si intromette (ad esempio, mozziconi nelle conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose altrui senza chiedere o ricevere l'autorizzazione - per adolescenti e adulti, può intromettersi o interrompere quello che fanno gli altri).

CRITERIO B. Molti sintomi di disattenzione o di iperattività e impulsività sono presenti prima dell'età 12 anni.

CRITERIO C. Molti sintomi di disattenzione o di iperattività e impulsività sono presenti in due o più contesti (ad esempio, in casa, a scuola o lavoro, con amici o parenti, in altre attività).

CRITERIO D. C'è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono la qualità di vita sociale, accademica, o il funzionamento lavorativo.

CRITERIO E. I sintomi non si verificano durante il decorso della schizofrenia o un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, disordine dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbi della personalità, intossicazione da sostanza).

“sfogata” nello sport (con alcuni soggetti che sviluppano una vera e propria dipendenza dall'attività fisica) oppure essere tenuta a bada con l'utilizzo di sostanze (cannabis/alcool/tranquillanti).

Un secondo aspetto da considerare è che la presenza di un ADHD non trattato peggiora la prognosi in diversi disturbi psichici (2, 17). Di fronte ai cosiddetti “poor responders” è buona pratica clinica che, accanto alle valutazioni del caso circa la correttezza delle prescrizioni terapeutiche ed il loro reale utilizzo da parte del paziente, venga anche effettuata una rivalutazione diagnostica. È opportuno in questa situazione effettuare un approfondimento diagnostico che preli attenzione anche alle modalità di funzionamento cognitivo e che consideri la possibilità che sia presente un ADHD misconosciuto.

FOCUS SU ALCUNE TEMATICHE DA CONSIDERARE NEL LAVORO CLINICO

Estremamente variegato dal punto di vista fenomenologico, il quadro clinico dell'ADHD in età adulta può facilmente essere misconosciuto. Alcuni aspetti peculiari meritano di portare al sospetto clinico circa la presenza di un ADHD sottostante.

L'ADHD è stato associato ad una disorganizzazione dei ritmi circadiani: è stato infatti segnalato come soggetti con ADHD sembrano mancare di senso del tempo e che i problemi del sonno siano più la regola che l'eccezione, colpendo fino all'83% dei soggetti adulti con ADHD (32, 36).

Possono essere presenti aspetti differenti di questa disorganizzazione e i soggetti possono sia faticare ad andare a letto “in tempo”, così come ad addormentarsi o a mantenere il sonno. Spesso queste difficoltà si associano a problemi ad alzarsi al mattino e a sonnolenza diurna (8). Il pattern appare suggestivo di una ritardata fase del sonno (16, 20).

La disorganizzazione dei ritmi circadiani può associarsi ad una disorganizzazione dei ritmi dell'alimentazione. Alcuni aspetti appaiono di origine comportamentale: ad

esempio, soggetti con ADHD sono più spesso portati a saltare la colazione, a causa di una scarsa capacità, soprattutto al mattino, nell'organizzazione dei tempi. Inoltre, addormentarsi tardi può facilmente portare a un minor numero di ore di sonno (dato a sua volta associato a un rischio incrementato di obesità). Il sonno è infatti un importante modulatore delle funzioni neuroendocrine e la perdita di sonno è stata associata ad alterazioni metaboliche ed endocrine tra cui una ridotta tolleranza al glucosio, una diminuita sensibilità all'insulina, un aumento delle concentrazioni serali di cortisolo, un aumento dei livelli di grelina e una diminuzione dei livelli di leptina, con conseguente aumento della fame e dell'appetito (3).

L'ADHD index è stato direttamente associato ad un aumento del BMI (10, 11) e una recente metanalisi ha identificato un odd ratio di 1,55 (95 % CI = 1,32-1,81) negli adulti rispetto all'associazione tra obesità e ADHD: in questo lavoro gli autori sottolineavano come la prevalenza di obesità era aumentata di circa il 70 % negli adulti con ADHD rispetto ai controlli (9).

LA VALUTAZIONE DI SCREENING

Il sospetto diagnostico di ADHD può nascere a partire da differenti aspetti tra quelli che sono stati inquadrati: generalmente i pazienti presentano caratteristiche sufficientemente riconoscibili (alterazioni ritmi circadiani, impulsività, instabilità affettiva caratterizzata da frequenti cambi di umore - anche più volte al giorno, scarsa risposta ai trattamenti, disattenzione con incoerenza alla visite, dimenticanze, disorganizzazione), ma non patognomoniche, essendo potenzialmente presenti anche in un elevato numero di altre condizioni o patologie psichiche. Risulta quindi necessario ricostruire in senso evolutivo l'andamento delle difficoltà attentive e comportamentali, così come il funzionamento nei primi anni di vita del paziente, alla ricerca di fenomeni che suggeriscano che ciò che osserviamo attualmente si riferisca a un adattamento parziale e/o fallimentare a caratteristiche disfunzionali già presenti precocemente.

Un aiuto testale di semplice e rapido utilizzo può essere rappresentato dall'ASRS (*Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) Symptom Checklist*) (22). Questa scala, a 6 o 18 item, fornisce delle informazioni suggestive della presenza di un ADHD in età adulta ed è ampiamente impiegata sia nella clinica che nella ricerca scientifica.

Uno strumento estremamente sintetico, tale da poter essere utilizzato in maniera routinaria nella pratica clinica, è rappresentato dall'*Ultra-short screening list for ADHD in adults* proposto da S.Kooij (24). Sebbene non ancora validato in ambito scientifico, questo strumento di etero-valutazione (*Tabella 2*) appare utile a livello clinico per permettere un inquadramento: il clinico deve porre le domande, eventualmente chiarificandone gli aspetti significativi, e porre l'attenzione sugli aspetti legati alla cronicità dei disturbi e all'esordio in età precoce.

La positività agli strumenti di screening o il fondato sospetto clinico durante la valutazione psichiatrica routinaria suggeriscono un approfondimento diagnostico mirato e con strumenti specifici da meglio effettuare presso centri specialistici.

Tabella 2 - Lista di screening rapida per l'ADHD negli adulti

1. Di solito ti senti inquieto/a?	SI	NO
<i>(per esempio: sei nervoso/a, hai difficoltà a restare seduto/a, ti agiti, devi fare molto sport o essere sempre attivo/a)</i>		
2. Di solito agisci prima di pensare?	SI	NO
<i>(per esempio: dici cose che non dovresti dire, spendi troppi soldi o sei impaziente)</i>		
3. Di solito hai problemi di concentrazione?	SI	NO
<i>(per esempio: sei facilmente distratto/a, non finisci le cose, ti annoi facilmente, sei smemorato/a o caotico/a)</i>		
Se la risposta alle domande 1 e / o 2 e / o 3 è sì :		
4. Hai questi comportamenti da sempre?	SI	NO
<i>(da quando puoi ricordare, oppure sei stato/a così per la maggior parte della tua vita)</i>		
Se la risposta alla domanda 4 è sì, è indicata una valutazione diagnostica per l'ADHD.		

La valutazione diagnostica specialistica e l'esperienza dell'ambulatorio per la diagnosi e la cura dell'ADHD in età adulta dell'A.O Fatebenefratelli di Milano

L'eziologia dell'ADHD è multifattoriale e include fattori genetici e ambientali, la cui interazione contribuisce alla genesi del disturbo. La diagnosi si basa sulla raccolta di informazioni provenienti da molteplici fonti, tra cui i questionari compilati dal paziente, da adulti significativi e dall'osservazione diretta. La valutazione deve essere effettuata in senso evolutivo, con una raccolta anamnestica attenta che si concentri da un lato sulle modalità di funzionamento in minore età in diversi ambiti (scolastico, familiare, relazionale) e dall'altro sull'evoluzione nel tempo delle difficoltà legate alle dimensioni dell'attenzione e dell'iperattività. Essendo tali caratteristiche distribuite in un continuum, la valutazione dovrà riuscire a discriminare quando tali aspetti siano disfunzionali e al contempo quando siano primari, non determinati da altre condizioni o patologie associate: risulta poi fondamentale riconoscere quanto alterazioni in queste aree abbiano causato compromissioni nel funzionamento e abbiano influito negativamente sulla qualità di vita. La valutazione dimensionale risulta importante anche alla luce dei dati relativi all'andamento nel tempo del disturbo, già citati in precedenza (4): più recentemente alcuni autori hanno riscontrato che vi è una correlazione genetica tra la diagnosi categoriale di ADHD e alcuni tratti iperattivi e impulsivi nella popolazione generale, suggerendo che l'ADHD rappresenti l'estremo superiore di uno spettro di difficoltà legate a tali domini cognitivi (27).

La natura comportamentale e discontinua dell'ADHD, i suoi cambiamenti quantitativi e qualitativi con l'età e con il mutare dei contesti, la sua particolare sensibilità ai momenti ed agli ambienti, rende complesso il percorso diagnostico, soprattutto in epoca adulta, in cui possono mancare tutta una serie di fonti informative dirette ed indirette, a cui si può accedere durante l'infanzia.

Indubbiamente la diagnosi di ADHD nell'adulto si basa sulla storia clinica del paziente e per effettuare un'adeguata valutazione, come precisano Murphy e Gordon (28), risulta

fondamentale concentrarsi su quattro aspetti.

1. Innanzitutto effettuare un'indagine retrospettiva per individuare se esistessero sintomi di ADHD clinicamente evidenti nell'infanzia, con un impatto significativo e cronico in diversi ambiti di vita
2. Valutare se sia presente una relazione tra i sintomi di ADHD nell'attualità ed un peggioramento sostanziale e consistente in vari ambiti del funzionamento quotidiano dell'individuo, sia attraverso informazioni fornite dal paziente stesso, sia, ove possibile, da un familiare diretto
3. Considerare se possa esserci un'altra patologia psichica che meglio giustifichi rispetto all'ADHD il quadro clinico evidenziato
4. Valutare se i sintomi riportati dal paziente siano primari dell'ADHD e non attribuibili ad altra patologia psichiatrica in comorbidità.

La valutazione dell'ADHD richiede pertanto un importante e complesso lavoro di integrazione dei dati clinici disponibili per arrivare ad una diagnosi adeguata, che necessita di un iter strutturato, di personale esperto e formato e dell'utilizzo di idonei strumenti testali.

Presso l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano è stato attivato nel 2014 l'Ambulatorio per la diagnosi ed il trattamento dell'ADHD in età adulta. Si tratta di un servizio in cui è possibile effettuare una valutazione specialistica in caso di sospetto clinico di ADHD.

Come altri servizi simili presenti sul territorio nazionale (ad esempio a Bolzano è attivo da alcuni anni l'“Ambulatorio d'eccellenza per l'ADHD nell'adulto”) anche presso la nostra struttura la diagnosi viene effettuata attraverso una valutazione clinica e testale multidisciplinare.

L'iter diagnostico è strutturato su tre livelli di intervento (*Tabella 3*).

In una prima fase di screening viene richiesto al paziente di compilare autonomamente alcune scale self-report, che indagano l'eventuale sintomatologia ADHD nell'infanzia (Wender Utah ADHD Rating Scale-WURS) (43) e

Tabella 3 - Iter diagnostico per l'ADHD in età adulta c/o Ambulatorio dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano

1° livello di screening (scale auto-somministrate)	- WURS - ASRS V1.1	<i>Scale sintomi ADHD in infanzia/età adulta</i>
	- MDQ - SDS Zung - SCID-II questionario - STAI-Y 1 e 2	Scale per diagnosi differenziale o disturbi in comorbidità
2° livello (approfondimento psicodiagnostico)	- visite psicologiche - DIVA 2.0 - SCID II intervista - ADD Brown Scales - WHOQOL - DERS	Intervista diagnostica ADHD, approfondimento comorbidità, qualità di vita, regolazione delle emozioni
3° livello (approfondimento clinico)	- visita psichiatrica - CGI - VGF - AA-QoL	Fwunzionamento globale, gravità clinica e impatto dei sintomi ADHD su qualità di vita

nell'attualità (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS-V1.1) (22), nonché la possibile presenza di disturbi d'ansia (*State-Trait Anxiety Inventory - STAI-Y1 e 2*) (38), disturbi dell'umore (*Zung Self-Rating Depression Scale - SDS e Mood Disorder Questionnaire - MDQ*) (46, 19) e disturbi di personalità (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders - SCID-II* questionario) (15).

Si effettua una raccolta anamnestica utilizzando una scheda derivata dal protocollo illustrato nella Brown ADD Scales (7). Vengono indagati in maniera più specifica i sintomi dell'ADHD nell'infanzia e nell'età adulta sia attraverso l'impiego della DIVA 2.0 (25), un'intervista diagnostica strutturata, che segue i criteri diagnostici del DSM e che si può avvalere anche di fonti esterne (familiari), sia attraverso l'utilizzo della Brown ADD Scales, più incentrata sui problemi cognitivo-affettivi. Ad esse si affianca, quando possibile, un'attenta analisi delle pagelle scolastiche relative alle scuole elementari e medie inferiori.

Viene inoltre posta attenzione alla qualità di vita del paziente - sia globale (questionario *WHO Quality of Life - WHOQOL-BREF*) (1998), sia nelle aree specificatamente più impattate dalla sintomatologia ADHD (scala *Adult ADHD Quality of Life - AAQoL*) (6) - oltre che alla capacità di regolazione delle emozioni e degli affetti (*Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS*) (18).

Stante l'elevata quota di comorbidità con altri disturbi psichici, in sede di colloquio vengono inoltre approfonditi eventuali risultati positivi alle scale self-report di screening per i disturbi ansiosi e dell'umore, viene impiegata l'intervista della SCID II rispetto alla valutazione della presenza di disturbi di personalità e vengono indagati eventuali abusi di alcool/sostanze. In caso di necessità possono essere impiegati strumenti più specifici, volti a meglio delineare un'adeguata diagnosi differenziale. Il colloquio e l'osservazione clinica restano comunque strumenti fondamentali di valutazione a cui si affiancano i test. Al termine dell'approfondimento testale, la valutazione clinica permette di definire in modo organico il profilo del paziente, il livello generale di funzionamento, l'intensità dell'eventuale ADHD e gli aspetti maggiormente problematici su cui concentrare il successivo trattamento multi-modale.

In conclusione, la diagnosi di ADHD nell'adulto è una diagnosi fondamentalmente clinica. Consiste in un processo decisionale molto delicato, che si avvale in maniera significativa dell'esperienza soggettiva del paziente e che spinge ad allargare lo sguardo dalla mera sintomatologia alle modalità di adattamento attivate dal soggetto nel corso del tempo, risultate scarsamente efficienti nel garantire un adeguato funzionamento in diversi ambiti della sua esistenza.

Effettuare dunque una valutazione completa che non tralasci alcun aspetto associato a tale disturbo è un passaggio indispensabile per poter pianificare l'intervento terapeutico più idoneo e il più possibile efficace.

* Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze,

AO Fatebenefratelli, Milano

[†] giovanni.migliarese@fbf.milano.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K., *The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder*. J Abnorm Psychol 2002; 111: 279-289
2. Barkley R.A., Brown T.E., *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. CNS Spectr. 2008 Nov; 13(11):977-84.
3. Beccuti G., Pannain S., *Sleep and obesity*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2011 July; 14(4): 402-412. doi:10.1097/MCO.0b013e3283479109
4. Biederman J., Mick E., Faraone S.V., *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type*. American Journal of Psychiatry. 2000; 157:816-818.
5. Biederman J., Petty C.R., Clarke A., Lomedico A., Faraone S.V., *Predictors of Persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study*. J Psychiatr Res. 2011 February; 45(2): 150-155. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.009.
6. Brod M., Johnston J., Able S., Swindle R., *Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure*. Qual Life Res. 2006 Feb; 15(1):117-129.
7. Brown, T. E., *Brown attention deficit disorder scales for adolescents and adults*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1996.
8. Cassoff J., Wiebe S.T., Gruber R., *Sleep patterns and the risk for ADHD: a review*. Nat Sci Sleep. 2012; 29;4:73-80. doi: 10.2147/NSS.S31269. Print 2012.
9. Cortese S., Moreira-Maia C.R., St Fleur D., Morcillo-Peñalver C., Rohde L.A., Faraone S.V., *Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Am J Psychiatry. 2015; appiajp201515020266.
10. Davis C., Patte K., Levitan R.D., Carter J., Kaplan A.S., Zai C., Reid C., Curtis C., Kennedy J.L., *A psycho-genetic Study of associations between the symptoms of binge eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder*. J Psychiatr Res. 2009;43:687-96. doi: 10.1016/j.

- jpsychires.2008.10.010.
11. Davis C., *Attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity*. Curr Psychiatry Rep. 2010 Oct;12(5):389-95. doi: 10.1007/s11920-010-0133-7.
 12. Deberdt W., Thome J., Lebrech J., Kraemer S., Fregenal I., Ramos-Quiroga J.A., Arif M., *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. BMC Psychiatry. 2015;15(1):242. doi: 10.1186/s12888-015-0624-5.
 13. Faraone S.V., Biederman J., *What Is the Prevalence of Adult ADHD? Results of a Population Screen of 966 Adults*. Journal of Attention Disorders November 2005 9: 384-391.
 14. Fayyad J., De Graaf R., Kessler R., Alonso J., Angermeyer M., Demyttenaere K., De Girolamo G., Haro J.M., Karam E.G., Lara C., Lépine J.P., Ormel J., Posada-Villa J., Zaslavsky A.M., Jin R., *s Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Br J Psychiatry. 2007 May;190:402-9.
 15. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. e Williams, J.B.W., *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1997.
 16. Gamble K.L., May R.S., Besing R.C., Tankersly A.P., Fargason R.E., *Delayed sleep timing and symptoms in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled actigraphy study*. Chronobiol Int. 2013; 30:598-606. doi: 10.3109/07420528.2012.754454.
 17. Goodman D.W., Thase M.E., *Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management*. Postgrad Med. 2009 Sep;121(5):20-30. doi: 10.3810/pgm.2009.09.2049.
 18. Gratz K.L., & Roemer L., *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. J Psychopathology & Behavioral Assessment, 2004; 26(1): 41-54.
 19. Hirschfeld R.M.A., et, al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*. Am J Psychiatry, 2000, 157:1873-1875.
 20. Hysing M., Lundervold A.J., Posserud M.B., Sivertsen B., *Association Between Sleep Problems and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence: Results From a Large Population-Based Study*. Behav Sleep Med. 2015; 27:1-15.
 21. Kessler R.C., Adler L.A., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Faraone S.V., Greenhill L.L., Jaeger S., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Zaslavsky A.M., *Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication*. Biol Psychiatry. 2005; 57(11):1442-51.
 22. Kessler R.C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E., Howes M.J., Jin R., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Walters E.E., *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. Psychol Med. 2005b;35(2):245-56.
 23. Kessler R.C., Adler L., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Demler O., Faraone S.V., Greenhill L.L., Howes M.J., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Walters E.E., Zaslavsky A.M., *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry. 2006; 163(4): 716-723.
 24. Kooij S., *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Springer-Verlag London 2013
 25. Kooij J.J.S., Francken M.H., *Diagnostisch Inter- view Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen*. Online available at <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx> 2010.
 26. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A., Malloy P., LaPadula M., *Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up*. Am J Psychiatry. 1998;155(4):493-8.
 27. Martin J., Hamshere M.L., Stergiakouli E., O'Donovan M.C., Thapar A., *Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population*. Biol Psychiatry. 2014 Oct 15; 76(8): 664-71.

- doi: 10.1016/j.biopsych.2014.02.013. Epub 2014 Feb 25.
28. Murphay K., Gordon M., *Assessment of adults with ADHD. In Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment.* 2 ed. New York: Guilford Press; 1998. P 345-72.
 29. Moffitt T.E., Houts R., Asherson P., Belsky D.W., Corcoran D.L., Hammerle M., Harrington H., Hogan S., Meier M.H., Polanczyk G.V., Poulton R., Ramrakha S., Sugden K., Williams B., Rohde L.A., Caspi A., *Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study.* Am J Psychiatry. 2015 Oct 1;172(10):967-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14101266.
 30. Pehlivanidis A., Papanikolaou K., Spyropoulou A.C., Papadimitriou G.N., *Comorbid ADHD in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders.* Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Oct;18(4):265-71.
 31. Philipsen A., Feige B., Hesslinger B., et al. *Sleep in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled polysomnographic study including spectral analysis of the sleep EEG.* Sleep 2005;28:738-45.
 32. Philipsen A., Hornyak M., Riemann D., *Sleep and sleep disorders in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder.* Sleep Med Rev 2006;10:399-405.
 33. Piñeiro-Díez B., Balanzá-Martínez V., García-García P., Soler-López B., *Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study.* J Atten Disord. 2014 Jan 24.
 34. Rasmussen P., Gillberg C., *Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Nov;39(11):1424-31.
 35. Sáez-Francàs N., Alegre J., Calvo N., Antonio Ramos-Quiroga J., Ruiz E., Hernández-Vara J., Casas M., *Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients.* Psychiatry Res. 2012; 200(2-3):748-53. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.041. Epub 2012 May 28.
 36. Schredl M., Alm B., Sobanski E., *Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).* Eur Arch Psychiatry and Clin Neurosci 2007; 257:164-8.
 37. Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A., Bitter I., *Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis.* The British Journal of Psychiatry Feb 2009, 194 (3) 204-211; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.048827
 38. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P. R., Jacobs G.A., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
 39. Tamam L., Karakus G., Ozpoyraz N., *Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Oct;258(7):385-93. doi: 10.1007/s00406-008-0807-x. Epub 2008 Apr 24.
 40. The WHOQOL Group, *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment.* Psychol Med. 1998;28:551-558.
 41. Torres I., Gómez N., Colom F., Jiménez E., Bosch R., Bonnín C.M., Martínez-Aran A., Casas M., Vieta E., Ramos-Quiroga J.A., Goikolea J.M., *Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis.* Acta Psychiatr Scand. 2015 Nov;132(5):389-99. doi: 10.1111/acps.12426. Epub 2015 Apr 20.
 42. Uchida M., Spencer T.J., Faraone S.V., Biederman J., *Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrally and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes.* J Atten Disord. 2015 Sep 22. pii: 1087054715604360.
 43. Ward M.F., Wender P.H., Reimherr F.W., *The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder.* Am J Psychiatry. 1993 Jun;150(6):885-90.
 44. Zung W.W.K., *A self-rating depression scale.* Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.
Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi