

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD) IN UN GRUPPO DI RAGAZZI UMBRI

*Silvia Mazzotta **Beatrice Gallai ***Riccarda D'Angelo §Giovanni Mazzotta
*Medico Interno **Ricercatore Confermato NPI ***Medico Specializzando § Direttore

INTRODUZIONE

- La prevalenza dell'ADHD, nei bambini in età scolare, è stimata tra il 3 e il 5% secondo i criteri del DSM-IV (1994), tuttavia nella letteratura scientifica c'è un ampio intervallo dei valori riportati, passando dall'1 al 20%, a seconda del setting d'osservazione^{1,5}.
- In Italia la prevalenza dell'ADHD è compresa tra il 4 e il 7% con una distribuzione maschi/femmine di 7:1^{6,9}.
- L'ADHD ha un notevole impatto sociale in termini di costi, sia di per sé, che per le comorbidità associate al disturbo. In letteratura sono rari i lavori che valutano il costo delle patologie psichiatriche durante l'età evolutiva, nonostante sia notevole l'impatto di questi disturbi sulla vita quotidiana dei minori, sui genitori (stress e problemi relazionali), sui compagni di scuola e sugli insegnanti. Ad oggi non ci sono ricerche riguardanti i costi della sindrome ADHD in Italia e in Europa
- Nel presente lavoro riportiamo i dati di una ricerca prospettica osservazionale di un anno, condotta per valutare l'impatto economico dell'ADHD su un gruppo di soggetti della regione Umbria.

MATERIALI E METODI

- Sono stati monitorati 62 pazienti, 8 F e 54 M (età media 10,1±2,5 con range d'età 6-16 aa) affetti consecutivamente, per la diagnosi e la terapia dell'ADHD, all'U.O.C. Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva ASL-04 - Terni dal 1 Settembre 2006 al 31 Agosto 2007.
- 52 soggetti presentavano ADHD tipo Combinato e 10 ADHD tipo Disattenzione Prevalente. In nessuno è stato riscontrato ADHD tipo Iperattività Prevalente.
- I dati dei singoli pazienti sono stati raccolti mediante l'utilizzo di un "diario costi", intervistando i genitori durante le periodiche visite ambulatoriali.
- Per la valutazione dei costi del singolo paziente è stato applicato l'approccio "bottom up"⁴, tenendo conto di tutti i costi sostenuti da ogni paziente riferendoci ai costi diretti, indiretti e intangibili¹³.
 - I "costi diretti", rappresentati dalle spese sanitarie e dagli interventi pubblici (Legge 104/92, operatore scolastico, assistenza domiciliare, insegnante di sostegno, etc.), sono costituiti da: visite di NPI e di altre specialità; accessi a strutture d'emergenza od ospedalizzazioni; accertamenti diagnostici; terapie farmacologiche; trattamenti psicologici per il minore, per i genitori e gli insegnanti (psicoeducazione, counseling genitori ed insegnanti, parent training); attività sportive d'aggregazione, lezioni pomeridiane private, baby sitter; interventi statali, comunali e delle ASL.
 - I "costi indiretti", rappresentati dalla mancata produzione di reddito nei familiari a causa delle giornate lavorative perse per accudirli nell'iter diagnostico e terapeutico, sono stati calcolati in base al rimborso tabellare Kilometrico delle A.S.L. per i vari spostamenti e in base all'equivalente economico delle ore lavorative perse dai genitori per prestare assistenza al figlio.
 - Nei "costi intangibili", che non sono monetarizzati, (es. sofferenza psichica del minore o patologie psichiatriche nei genitori) sono stati inclusi le ridotte possibilità di apprendimento e di relazione sociale del minore, quantificando le assenze scolastiche e/o le bocciature e/o la rinuncia ad attività ludiche (da questa ricerca è emerso che su 62 soggetti, il 5% è stato bocciato e il 32% ha abbandonato le attività extrascolastiche di aggregazione).
- Nell'analisi dei dati economici abbiamo suddiviso i pazienti, in accordo a Jensen et al.,⁵ in base alla presenza di comorbidità esternalizzante e internalizzante. La comorbidità di tipo esternalizzante comprendeva il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, quella internalizzante comprendeva il Disturbo d'Ansia Generalizzato, la Depressione e il Disturbo Distimico. Si è tenuto poi conto anche della presenza o meno dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento o di Ritardo Mentale (tab. 1).
- I costi delle visite e degli accertamenti diagnostici sono stati calcolati utilizzando il Nomenclatore Tariffario Nazionale (Marzo, 2002), il prezzo dei farmaci, sulla base del prezzo di vendita (Farmia Annuario - Federfarma, 2006); l'attività oraria dei genitori sulla base del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro (2005); le spese per i docenti in base al Tabellare Sindacale (2007); le spese per l'operatore scolastico e domiciliare in base alla Normativa della Regione Umbria (2007).
- È stata eseguita un'analisi statistica, laddove è stato possibile, utilizzando il metodo della Tabella a due code con livello di significatività P<0,05.

ADHD	n° soggetti
ADHD	15
ADHD + COMORBIDITA' ESTERNALIZZANTE	10
ADHD + COMORBIDITA' INTERNALIZZANTE	3
ADHD + COMORBIDITA' ESTERN. + INTERN.	4
ADHD + D.S.A.	8
ADHD + D.S.A. + COMORBIDITA' ESTERN.	6
ADHD + D.S.A. + COMORBIDITA' INTERN.	6
ADHD + D.S.A. + COM. ESTERN. + INTERN.	5
ADHD + RITARDO MENTALE	5

Tab. 1. Distribuzione dei minori con ADHD in rapporto alle comorbidità.

Spesa annua pro-capite in €	Forma Pura	Comorbidità Estern.	Comorbidità Intern.	Comorbidità Estern. + Intern.
ADHD	6.499 (n°15)	5.757 (n°10)	6.027 (n°3)	5.859 (n°4)
ADHD + DSA	8.526 (n°8)	9.101 (n°6)	7.363 (n°6)	25.701 (n°5)
ADHD + RM	-	11.536 (n°5)	-	-

Tab. 2. Distribuzione dei costi annui pro-capite in base alla presenza delle comorbidità.



Fig. 1. Distribuzione della spesa pro-capite nelle differenti classi di comorbidità.



Fig. 2. Distribuzione dei costi totali nei soggetti con ADHD.

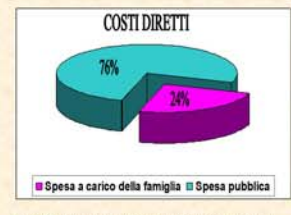


Fig. 6. Distribuzione nei costi diretti delle spese a carico delle famiglie o degli enti pubblici.



Fig. 3. Distribuzione percentuale dei costi diretti nei soggetti con ADHD.



Fig. 4. Distribuzione % dei costi sostenuti dai Comuni e dalle ASL (60% dei costi diretti totali).



Fig. 5. Distribuzione dei costi per l'insegnante di sostegno in rapporto alle differenti scuole.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'ADHD è una patologia rilevante sul piano clinico per la presenza di patologie in comorbidità^{1,2,8} che, con notevole impatto, influiscono sulle spese sociosanitarie (tab. 2 e fig. 1). Compromettendo le relazioni interpersonali e la vita sociale dei familiari, l'ADHD determina un forte impatto assistenziale, che si riversa, in prima battuta, sulla famiglia del minore con ADHD e secondariamente sulla società, in termini di elevati costi sociosanitari¹². I risultati di questa ricerca indicano come, anche in Italia, il carico assistenziale determinato dall'ADHD sia pesante (fig. 2) e si riversi sulla società (figg. 3, 4 e 5), e sulla famiglia del minore (il 24% dei costi diretti è stato sostenuto privatamente dalle famiglie - fig. 6). Il costo pro capite annuale per soggetto con ADHD in Umbria è paragonabile a quello degli USA¹⁰ (tab. 3). La spesa annuale socio-sanitaria è rilevante: tenendo conto della popolazione 6-18 anni, con un tasso di prevalenza annuale dell'ADHD secondo l'ICD-10 del 1,2%, ci sarebbero in Umbria 1.131 soggetti con ADHD e la spesa stimata annuale, in base al costo medio registrato nella presente ricerca, sarebbe pari a 10 Milioni di Euro (!!!!) (fig. 7). Inoltre la spesa pro-capite annua per i soggetti con ADHD non è di poco conto confrontandola con quella di altre patologie. Nella tab. 4 si può vedere come la spesa per l'ADHD sia nettamente superiore a quella per cefalea primaria giovanile e molto vicina al costo di un paziente con Ictus.

	Annual per-child cost (Pelham,2007)	Presente Lavoro
Health	\$2.636 € 1.772	€ 1.492
Education	\$ 4.900 € 3.294	€ 3.378

Tab. 3. Spesa annuale pro-capite per i soggetti con ADHD nella provincia di Terni nei soggetti scolari in rapporto alle teoriche frequenze con i vari criteri diagnostici, confrontati con le spese negli U.S.A.



Fig. 7. Costo stimato dei soggetti con ADHD.

	Costo pro-capite annuale
SCHIZOFRENIA (Garattini, 2004)	€ 17.480
ICTUS (primi 6 mesi) (Gerzeli et al., 2005)	€ 10.000
CEFALEA GIOVANILE (Mazzotta et al., 2005)	€ 1.001
ADHD (presente lavoro)	€ 8.867

Tab. 4. Confronto della spesa pro-capite annuale dell'ADHD con quella della Schizofrenia, Ictus e Cefalea giovanile.

BIBLIOGRAFIA

- Biederman J. J Clin Psychiatry 1998; 59:3-16.
- Butler F.S. et al. Ann Clin Psychiatry 1995; 7:51-53
- Camerini G. et al. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 1996; 63: 587-94.
- Drummond F.M. et al. 2nd ed., Oxford Medical Publications, New York 1997.
- Faraone S.V. et al. World Psychiatry. 2003; 2: 104-13.
- Gallucci F. et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 1051-58.
- Jensen P.S. et al. Am J Psychiatry 2005; 162: 1628-36.
- Masi G. et al. Bipolar Disord 2006; 8: 373-81.
- Mugnaini D. et al. Eur Psychiatry 2006; 21: 419-26.
- Pelham W.E. et al. J. Ped Psychol 2007; 32 (6): 711-727.
- Swanson J. et al. Psychopharmacol Bull 34:5-SAO, 1998
- Swensen A.R. et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 1415-23.
- Torre E. e Comaschi MA.: C.G. Edizioni medico-scientifiche, 2007.