ABSTRACT

L'evoluzione del paradigma clinico dell'ADHD ha reso necessaria una riorganizzazione della rete assistenziale per l'adulto, al fine di superare la storica frammentazione dei servizi. In questo scenario, le recenti Linee di Indirizzo della Regione Lazio (DGR n. 292/2025) ridefiniscono l'architettura dei percorsi di cura, attribuendo alle Cure Primarie un ruolo strategico nel colmare il divario tra prevalenza epidemiologica e diagnosi effettiva. Secondo le direttive regionali, il Medico di Medicina Generale è chiamato a gestire il sospetto diagnostico e l'invio informato ai centri specialistici, potendo contare su una posizione privilegiata: la conoscenza longitudinale della storia clinica, familiare e dei contesti di vita dell'assistito, spesso superiore a quella dei servizi di secondo livello. Tuttavia, il setting delle Cure Primarie impone vincoli temporali stringenti che richiedono strumenti agili, essenziali e operativamente sostenibili. Il presente lavoro propone una riflessione critica sull'impiego dello screener rapido ASRS v1.1 (Parte A), attualmente tra gli strumenti più utilizzati nel primo livello di cura, evidenziandone al contempo utilità e limiti nel riconoscimento dell'ADHD adulto. A partire da tali criticità, viene delineata l'ipotesi di un percorso di screening in due step: un primo livello affidato allo strumento ASRS e un secondo livello rappresentato dal QRCA (Questionario di Rilevazione della Compromissione ADHD), presentato in questa sede come proposta orientativa preliminare di approfondimento clinico-funzionale e da noi costruito attraverso una ricombinazione pragmatica di dimensioni emerse dalla letteratura più recente sull'ADHD adulto. In tale prospettiva, il QRCA non viene proposto come strumento diagnostico validato ma come possibile supporto alla raccolta strutturata di elementi relativi a compromissione funzionale, pattern dimensionali e red flag cliniche, con l'obiettivo di rendere più informato, documentato e appropriato l'invio ai servizi specialistici. La proposta mira quindi a offrire al Medico di Cure Primarie un modello sequenziale sostenibile nel tempo limitato della consultazione, capace di integrare rapidità di screening e maggiore profondità fenomenologica.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

INDICE

ABSTRACT

INDICE 4

INTRODUZIONE 5

METODI DI RICERCA E SELEZIONE DELLE EVIDENZE 7

CAPITOLO 1 .....

1.1 - ADHD adulto: definizione, inquadramento nosografico e fisiopatologia 8

1.2 - Epidemiologia ed andamento lungo il corso di vita 12

1.3 - I costi sociali ed economico-sanitari della mancata diagnosi 14

CAPITOLO 2 .....

2.1 - Contesto istituzionale e ruolo della medicina primaria: il percorso normativo e lo spunto del Bollettino Ufficiale della Regione Lazio (BUR n.38, maggio 2025) 16

CAPITOLO 3 .....

3.1 - Fenomenologia e red flags dell'ADHD adulto 19

3.2 - Medicina di genere: la fenomenologia dell'ADHD femminile 24

3.3 - Le comorbidità: tra correlazioni e causalità 27

CAPITOLO 4 .....

4.1 – Strumenti di screening e di diagnosi 31

CAPITOLO 5 .....

5.1 - Il QRCA (Questionario di Rilevazione della Compromissione ADHD): proposta di strumento preliminare in Cure Primarie 35

CONCLUSIONI 43

BIBLIOGRAFIA 44

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'attenzione scientifica verso il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) in età adulta ha subito una trasformazione radicale. Quella che per gran parte del Novecento è stata considerata una condizione confinata all'infanzia è oggi riconosciuta come una priorità di sanità pubblica che interessa trasversalmente l'arco della vita. Se storicamente la ricerca si è focalizzata sul profilo del bambino iperattivo ed esternalizzante, le evidenze contemporanee delineano una realtà complessa in cui i sintomi persistono o mutano la loro fenomenologia nell'adulto, rendendo il riconoscimento clinico una sfida cruciale per la medicina territoriale (Barkley, 2015; Cortese et al., 2025). Questa evoluzione concettuale poggia sulla transizione da un modello puramente categoriale a uno dimensionale, per cui le manifestazioni cardine dell'ADHD, quali disattenzione, impulsività/iperattività e vulnerabilità emotiva, non si configurano come proprietà patologiche discrete, ma piuttosto come tratti distribuiti nella popolazione generale secondo una curva gaussiana, caratterizzata da ampia variabilità interindividuale, comprese le differenze di genere. La rilevanza clinica emerge quando tali tratti superano una soglia di intensità, frequenza e pervasività tale da determinare un impairment funzionale significativo in molteplici domini esistenziali, in particolare negli ambiti lavorativo, relazionale e della gestione quotidiana (Coghill & Sonuga-Barke, 2012; Faraone & Biederman, 2016; Faraone et al., 2021). Questa prospettiva assume una valenza clinica dirimente: la discriminante tra distrazione fisiologica e ADHD non risiede nella mera occorrenza dei sintomi, che consistono in esperienze comuni e diffuse, bensì nella natura refrattaria di tali manifestazioni rispetto ai sistemi di controllo volontario. In altri termini, ciò che fa la differenza non è la qualità dell'esperienza, bensì la sua persistenza e la severità dell'impatto sull'autoregolazione delle funzioni esecutive e sulla modulazione affettiva, fino a determinare una compromissione strutturale e trasversale del funzionamento globale dell'individuo. L'ingresso nell'età adulta agisce spesso da catalizzatore per l'espressione del disturbo. Se durante l'infanzia le strutture esterne, come la famiglia e la scuola, possono in parte compensare le carenze organizzative, il passaggio all'autonomia espone l'individuo a richieste esponenzialmente più elevate. La gestione della carriera, delle finanze e delle relazioni richiede infatti un'autoregolazione che, nei soggetti con ADHD, risulta deficitaria. Molti adulti con ADHD si riconoscono in pattern ricorrenti quali disorganizzazione cronica, procrastinazione paralizzante, oscillazioni del rendimento lavorativo o scolastico, difficoltà sistemiche nella gestione delle scadenze e una storia clinica spesso complicata da comorbidità o da percorsi terapeutici solo parzialmente efficaci (Faraone et al., 2021; Faraone et al., 2024). Grazie alla

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

conoscenza longitudinale del paziente e della sua storia familiare, il medico di Cure Primarie si trova in una posizione privilegiata per intercettare questi pattern. Le Linee di indirizzo della Regione Lazio (DGR n. 292/2025) riconoscono esplicitamente l'ADHD in età adulta come condizione da gestire attraverso una rete integrata, con un ruolo definito di sospetto diagnostico, invio, monitoraggio e follow-up per la Medicina di Cure Primarie. Il modello delineato promuove la collaborazione tra medicina territoriale e centri specialistici, individuando nel sospetto formulato da un medico adeguatamente formato, uno degli elementi cardine per ridurre il divario tra prevalenza e diagnosi effettiva. Alla luce di queste considerazioni, il presente lavoro si propone di esplorare l'ADHD nell'adulto non tanto come costrutto teorico, quanto come realtà clinica operativa. L'obiettivo è offrire al Medico di Cure Primarie un orientamento pratico per navigare la complessità del disturbo all'interno dei vincoli del setting territoriale, in cui il problema non è soltanto quale strumento presenti la migliore accuratezza teorica, ma quali strumenti risultino concretamente utilizzabili, in quali condizioni e con quali limiti interpretativi nel contesto reale (Ganzenmüller et al., 2024). L'elaborato si propone quindi di analizzare le manifestazioni cliniche e le red flag dell'ADHD adulto, per giungere a una valutazione critica degli strumenti di screening disponibili e alla proposta di un modello di indagine coerente con le recenti indicazioni normative. In questa prospettiva, si intende delineare un processo di supporto clinico di primo livello, orientativo rispetto al setting di invio e potenzialmente utilizzabile come baseline funzionale in sinergia con i servizi specialistici deputati alla valutazione diagnostica e differenziale.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

METODI DI RICERCA E SELEZIONE DELLE EVIDENZE

Il presente elaborato muove da una revisione narrativa ragionata della letteratura sull'ADHD nell'adulto, assunta come base teorico-clinica per l'elaborazione di una proposta operativa di screening dell'ADHD adulto, adattata al setting delle Cure Primarie, alla riconoscibilità clinica del disturbo e ai limiti degli strumenti valutativi attualmente disponibili. L'obiettivo non è proporre una revisione sistematica né una validazione sperimentale, ma integrare dati clinici, riferimenti normativi ed evidenze internazionali in una sintesi orientata alla pratica, finalizzata a esplorare la possibilità di un modello di screening applicabile nel contesto assistenziale di primo livello. La ricerca bibliografica è stata condotta principalmente mediante PubMed, Cochrane Library, Scopus e OpenEvidence, con integrazione di documenti istituzionali e normativi italiani. Sono state privilegiate linee guida, consensus statement, revisioni sistematiche, metanalisi, studi osservazionali e testi di riferimento rilevanti per l'ADHD nell'adulto, con particolare attenzione alle pubblicazioni più recenti (2018–2025), pur mantenendo alcuni contributi classici indispensabili per l'inquadramento storico e diagnostico del disturbo. La selezione delle fonti ha riguardato soprattutto studi su popolazioni adulte e contributi utili a chiarire i principali nuclei tematici della tesi: persistenza dell'ADHD lungo l'arco di vita, epidemiologia, comorbidità, compromissione funzionale, ruolo del medico di Cure Primarie, strumenti di screening e supporto diagnostico. Sono stati esclusi, per quanto possibile, gli studi esclusivamente pediatrici non trasferibili all'età adulta, i lavori poco pertinenti o con limitazioni metodologiche rilevanti e i contributi non utili al contesto delle Cure Primarie. Dopo una prima valutazione di titoli e abstract, le fonti ritenute pertinenti sono state riesaminate in testo completo o, quando il testo completo non era disponibile, attraverso abstract strutturati, revisioni sistematiche, metanalisi e documenti di sintesi istituzionali attinenti, organizzati secondo le principali aree tematiche dell'elaborato.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CAPITOLO 1- 1.1 ADHD adulto: definizione, inquadramento nosografico e fisiopatologia

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è oggi riconosciuto come un disturbo del neurosviluppo che persiste nell'età adulta, assumendo forme cliniche differenti rispetto all'età evolutiva, ma non per questo meno rilevanti dal punto di vista funzionale (Barkley, 2015). Per molti decenni, la letteratura ha sostenuto l'idea che il disturbo tendesse a risolversi spontaneamente con la crescita; tuttavia, l'evidenza empirica più recente ha dimostrato che una quota significativa di individui continua a presentare difficoltà di autoregolazione attentiva, esecutiva ed emotiva lungo l'intero arco della vita (Faraone et al., 2021). Ciò rende necessario un aggiornamento concettuale che integri prospettive neurobiologiche, comportamentali e contestuali, collocando l'ADHD adulto all'interno di un quadro dinamico e multifattoriale. Nell'età adulta, l'ADHD si presenta come una condizione neurocognitiva/neuroemotiva, evolutiva e persistente, caratterizzata, tra l'altro, da difficoltà nel mantenimento dell'attenzione, nella regolazione dell'arousal, nella gestione della motivazione e nell'organizzazione autonoma di attività e compiti quotidiani, con ripercussioni significative sulla qualità della vita personale, relazionale, professionale e sociale (Kooij et al., 2019). A differenza dell'età evolutiva, l'adulto tende a esprimere il disturbo in modalità più interiorizzate e meno appariscenti, quali disorganizzazione cronica, procrastinazione strutturale, fatica cognitiva persistente, instabilità emotiva e difficoltà decisionali (Asherson et al., 2016). Dal punto di vista diagnostico, il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) colloca l'ADHD tra i disturbi del neurosviluppo con una definizione categoriale basata sulla presenza di sintomi di disattenzione e/o iperattività-impulsività. Per gli individui di età pari o superiore a 17 anni, il manuale richiede la presenza di almeno cinque sintomi per ciascun dominio, rispetto ai sei richiesti in età evolutiva, riconoscendo implicitamente la trasformazione fenomenologica del disturbo nel corso della vita. Il DSM-5-TR richiede inoltre che alcuni sintomi siano presenti prima dei 12 anni di età, anche se la loro documentazione in età adulta avviene in modo retrospettivo o indirettamente ricostruito. Un elemento centrale del modello DSM è la richiesta di una compromissione clinicamente significativa in almeno due contesti di vita, ad esempio lavorativo, familiare o sociale, con un impatto funzionale cumulativo elevato. Il manuale mantiene inoltre la distinzione tra le tre presentazioni cliniche, inattentiva, iperattivo-impulsiva e combinata, specificando però che tali configurazioni non rappresentano sottotipi stabili, ma descrizioni fenomenologiche suscettibili di variazione nel tempo. Accanto a tali parametri, il DSM-5-TR riflette anche la consapevolezza dei limiti insiti nel proprio impianto categoriale quando applicato all'adulto. In particolare, emerge la criticità della dipendenza da soglie

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

sintomatologiche convenzionali e dell'insufficiente rappresentazione nosografica di dimensioni fenotipiche clinicamente rilevanti quali disregolazione emotiva, instabilità prestazionale e deficit motivazionale, che, pur essendo ampiamente discusse nella letteratura internazionale, rimangono escluse dai criteri diagnostici formali (Asherson et al., 2016; Cortese et al., 2025). La classificazione ICD-11 (World Health Organization, 2022) propone un'impostazione maggiormente coerente con l'approccio dimensionale e longitudinale. Pur mantenendo criteri descrittivi per l'identificazione del disturbo, l'ICD-11 riduce il peso delle sottocategorie rigide e pone l'accento sulla persistenza dei pattern di disattenzione e/o iperattività-impulsività e sul conseguente impairment. La diagnosi viene così ancorata in modo più esplicito alla compromissione reale, piuttosto che al mero conteggio dei sintomi. Un ulteriore elemento distintivo dell'ICD-11 è il riconoscimento esplicito della continuità evolutiva dell'ADHD e della sua variabilità interindividuale. Il sistema diagnostico consente una maggiore flessibilità nell'inquadrare presentazioni atipiche o parziali, frequenti nell'età adulta, e risulta pertanto più aderente alla complessità clinica osservata nei contesti non specialistici, oltre che compatibile con la dimensionalità del disturbo, in cui la diagnosi rappresenta il superamento di una soglia clinica all'interno di un continuum. Sul piano fisiopatologico, l'ADHD è attualmente descritto come un disturbo complesso della regolazione e dell'integrazione funzionale tra network cerebrali ampiamente distribuiti, più che come il deficit isolato di una singola funzione cognitiva (Barkley, 2018; Cortese et al., 2025). Questa comprensione è stata resa possibile dall'avvento di tecniche di neuroimaging avanzato, che hanno permesso di passare dalla visione clinico-comportamentale dei manuali diagnostici alla mappatura in vivo dei circuiti neurali di connettività e della loro integrazione funzionale (Rubia, 2018; Chen et al., 2025). L'impiego della fMRI, che rileva le variazioni del segnale BOLD (Blood Oxygen Level Dependent), è stato determinante per l'identificazione di reti funzionali coinvolte nei processi attentivi, esecutivi ed emotivi. In particolare, la resting-state fMRI ha consentito di approfondire il ruolo del Default Mode Network (DMN), che comprende la corteccia prefrontale mediale, la corteccia cingolata posteriore e il precuneo. Fisiologicamente deputato ai processi autoriferiti e al pensiero spontaneo, nell'ADHD questo network tende a mostrare una soppressione meno efficiente durante i compiti cognitivi, interferendo con il mantenimento del focus e favorendo intrusioni mentali e instabilità attentiva (Rubia, 2018; Cortese et al., 2025). Speculare a questo è il Central Executive Network o Executive Control Network (CEN/ECN), centrato sulla corteccia prefrontale dorsolaterale e sulla corteccia parietale posteriore. Tale network, cruciale per la pianificazione, la memoria di lavoro e il mantenimento del compito, mostra nell'ADHD una ridotta efficienza di attivazione, soprattutto sotto elevato carico cognitivo, contribuendo

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

alla discontinuità prestazionale e alla fatica esecutiva tipiche dell'adulto con ADHD (Rubia, 2018; Barkley, 2018). L'Attentional Network, che integra i circuiti dell'allerta e dell'orientamento attentivo, coinvolge aree corticali distribuite, tra cui i campi oculari frontali, il lobulo parietale superiore, il solco intraparietale, la giunzione temporo-parietale e le regioni frontali ventrali e appare funzionalmente meno stabile e meno efficacemente modulato dai segnali top-down, compromettendo la stabilità del focus cognitivo e aumentando la vulnerabilità all'interferenza di stimoli ambientali irrilevanti. In termini clinici, ciò si traduce in una regolazione discontinua dell'attenzione, con alternanza tra momenti di buona efficienza e rapidi decadimenti prestazionali (Rubia, 2018; Barkley, 2018; Cortese et al., 2025). Un ruolo di integrazione e commutazione è svolto dalla Salience Network (SN), i cui nodi principali risiedono nell'insula anteriore e nella corteccia cingolata anteriore. Questa rete coordina il passaggio flessibile tra sistemi di default ed esecutivi in funzione della rilevanza degli stimoli. Le alterazioni nella SN contribuiscono alla difficoltà di selezionare gli stimoli salienti, di regolare l'arousal e di orientare il comportamento verso obiettivi stabili, alimentando la tipica distraibilità e l'instabilità motivazionale dell'ADHD (Rubia, 2018; Chen et al., 2025). Strettamente interconnessa a queste dinamiche è la rete di regolazione emotiva, la cui disfunzione contribuisce alla fenomenologia dell'impulsività e dell'instabilità affettiva. Questa rete integra i circuiti fronto-limbici e fronto-striatali, collegando strutture corticali superiori, quali corteccia orbitofrontale e ventromediale, con il complesso amigdaloideo e altri nodi limbici coinvolti nella valutazione della salienza emotiva e nella risposta alla ricompensa. Nell'ADHD, la dissinergia tra queste regioni si traduce in ridotta capacità di differire la gratificazione, impulsività decisionale, vulnerabilità alla frustrazione e difficoltà nel controllo delle reazioni emotive (Soler-Gutiérrez et al., 2023; Cortese et al., 2025). La validazione di queste alterazioni non deriva da una sola tecnica, ma dalla convergenza di metodiche differenti. La DTI (Diffusion Tensor Imaging) ha documentato anomalie della connettività della sostanza bianca in circuiti fronto-striatali e fronto-cerebellari (coinvolti nel timing); la sMRI (structural Magnetic Resonance Imaging) ha evidenziato alterazioni volumetriche in regioni prefrontali, cingolate, striatali e cerebellari; la PET (Positron Emission Tomography) ha infine contribuito a descrivere la disregolazione neurochimica dei sistemi dopaminergico e noradrenergico, particolarmente rilevanti per i processi di motivazione, ricompensa e controllo esecutivo. In questo senso, l'ADHD appare oggi come un'alterazione dei meccanismi di autoregolazione sistemica più che come un semplice deficit di competenze isolate (Faraone et al., 2021; Rubia, 2018; Chen et al., 2025). Questa vulnerabilità è coerente con l'architettura poligenica dell'ADHD, che coinvolge anche varianti di geni implicati nel trasporto, nel metabolismo e

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

nella risposta recettoriale delle catecolamine, tra cui SLC6A3/DAT1, DRD4, COMT, SLC6A2/NET1 e ADRA2A (Faraone et al., 2021; Grotzinger et al., 2026). Le evidenze sopra citate suggeriscono inoltre una significativa sovrapposizione genetica transdiagnostica tra l'ADHD e altri disturbi psichiatrici, a conferma di una base neurobiologica in parte condivisa

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

1.2- Epidemiologia e andamento lungo il corso di vita

L'epidemiologia dell'ADHD ha conosciuto, negli ultimi decenni, una revisione profonda, strettamente connessa al riconoscimento della sua persistenza. Le principali metanalisi sulla popolazione in età evolutiva indicano una prevalenza globale compresa tra il 5% e il 7% nei bambini e negli adolescenti (Faraone et al., 2024). Quando si passa all'età adulta, le stime si riducono ma restano tutt'altro che trascurabili: diversi studi convergono su una prevalenza intorno al 2,5%–4% nella popolazione generale (Faraone et al., 2021), con valori sovrapponibili in Europa occidentale, USA e Canada. Nelle popolazioni psichiatriche adulte la prevalenza può attestarsi intorno al 20%, mentre nei contesti penitenziari adulti le stime variano ampiamente e possono raggiungere il 40–50% in base al metodo di rilevazione utilizzato (Adamis et al., 2022; Baggio et al., 2018). Anche la lettura di questi dati va condotta a livello dimensionale (Faraone & Larsson, 2019), dove la diagnosi coincide con il superamento di una soglia clinica definita da intensità, frequenza, pervasività e compromissione funzionale. Ciò spiega perché esista una quota consistente di adulti con sintomatologia sub-soglia che non soddisfa pienamente i criteri formali, ma si associa comunque a difficoltà scolastiche, lavorative e relazionali significative: gli studi longitudinali mostrano che una parte rilevante dei pazienti diagnosticati precocemente continua a presentare manifestazioni clinicamente significative in adolescenza e nell'età adulta. Le coorti seguite nel tempo indicano che circa il 60%–70% dei soggetti mantiene una sintomatologia residua clinicamente rilevante durante l'adolescenza e che fino al 50% degli individui diagnosticati precocemente continua a presentare un quadro funzionalmente invalidante in età adulta (Cortese et al., 2025). La riduzione della prevalenza è in gran parte apparente e non riflette una remissione completa del disturbo, ma una trasformazione del suo profilo clinico: nell'età adulta, la presentazione inattentiva risulta la più frequente, coerentemente con la riduzione dell'iperattività motoria osservata con la maturazione (Faraone et al., 2015; Cortese et al., 2025). Anche in Italia i dati disponibili indicano una marcata discrepanza tra la prevalenza epidemiologica stimata e il numero di casi effettivamente identificati e trattati dai servizi sanitari, evidenziando una barriera strutturale nell'accesso alla diagnosi (Conca et al., 2021; Zadra et al., 2020; Roberti et al., 2024; Regione Lazio, 2025). Tale evidenza è stata formalmente recepita a livello istituzionale nelle premesse della Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 292 (2025), che giustifica la necessità di nuovi protocolli operativi e l'attivazione del Medico di Cure Primarie proprio per colmare questo divario assistenziale. Da sottolineare come l'ADHD adulto si distribuisca in sottogruppi ad alta vulnerabilità clinica nei quali la prevalenza risulta nettamente superiore alla media, talora

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

compresa tra il 10% e il 20% (Young et al., 2015; Hartman et al., 2023): pazienti con disturbi dell'uso di sostanze (SUD), depressione/ansia resistenti, giovani adulti coinvolti nel sistema giudiziario, nati prematuri, individui con anamnesi familiare positiva. Ciò suggerisce che l'ADHD concentri una quota significativa del proprio impatto in gruppi clinicamente complessi che il Medico di Cure Primarie può incontrare con una certa frequenza nella pratica quotidiana. La mancata diagnosi in età evolutiva costituisce uno dei principali determinanti di queste traiettorie sfavorevoli. Oltre ai casi più manifesti, l'identificazione dell'ADHD nell'adulto avviene spesso tardivamente in coincidenza con l'insorgenza di comorbidità ansiose o dell'umore che tendono a mascherare il nucleo neurocognitivo sottostante. Tali fratture degli equilibri adattivi inducono il disvelamento di un funzionamento neurale idiosincrasico che non trova più rispondenza nelle strategie di *coping* elaborate durante l'età evolutiva. Questa dinamica si osserva con chiarezza in chi presenta una continuità diagnostica dall'infanzia: il mutare dei compiti sociali e l'insorgenza di eventuali psicopatologie secondarie rendono le strategie precedentemente efficaci del tutto insufficienti. Infine, questo processo di riconoscimento approda spesso a una diagnosi ritardata per chi ha ricevuto a lungo "etichette" alternative, come ansia, depressione o disturbi dell'adattamento. In tali circostanze, la tardiva comprensione del nucleo neuroevolutivo sottostante non solo spiega le effettive comorbidità presenti, ma chiarisce il motivo della loro cronicizzazione e della mancata responsività a trattamenti non mirati. È ancora la dialettica individuo/ambiente a spiegare la pronunciata eterogeneità fenomenica dell'ADHD adulto. Stabilizzano il funzionamento: un clima familiare supportivo, una scuola capace di adottare strumenti compensativi proporzionati, una rete sociale affidabile, l'accesso a strategie di coping con la consapevolezza dei propri limiti e punti di forza (Atique et al., 2025; French et al., 2024). Risultano invece destabilizzanti risorse cognitive più basse, elevata emotività espressa in famiglia, carichi di stress prolungati, bullismo, eventi traumatici, uso di sostanze e comorbidità del neurosviluppo (Faraone et al., 2021; French et al., 2024). È su questo terreno che agiscono i cambiamenti normativi e culturali dei contesti di vita sopra citati, con tempi compressi, iperstimolazione digitale e reperibilità lavorativa continua, che fungono da amplificatori (Cortese et al., 2025). Non sorprende, su tale sfondo, che l'ADHD agisca nell'adulto come fattore di vulnerabilità in grado di esporre a "inciampi" ripetuti, frizioni interpersonali e progressiva caduta di autostima.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

1.3 – I costi sociali ed economico-sanitari della mancata diagnosi

I dati presentati nei paragrafi precedenti hanno evidenziato come l'ADHD rappresenti un disturbo del neurosviluppo persistente. Le evidenze disponibili indicano che una quota significativa di adulti riceve la diagnosi molti anni dopo l'esordio dei sintomi, con un ritardo diagnostico che contribuisce ad aggravare la compromissione clinica, relazionale e lavorativa (Oliva et al., 2021; Rubia, 2018). Quando il disturbo non viene riconosciuto, le difficoltà si accumulano lungo l'arco di vita producendo conseguenze che travalicano la sfera clinica individuale, fino a configurarsi come un problema di salute pubblica e di economia sanitaria (Cortese et al., 2025; Faraone et al., 2024). Il concetto di "costo del mancato riconoscimento" descrive con efficacia l'onere che la sottodiagnosi dell'ADHD adulto impone ai sistemi sanitari e sociali. Le analisi economiche più recenti indicano che la quota principale del *"burden"* complessivo è rappresentata dai costi indiretti, in particolare perdita di produttività, ridotta efficienza lavorativa, instabilità occupazionale, assenteismo e ricorso a sussidi, che costituiscono la componente prevalente dell'onere totale (Lee et al., 2023; Schein et al., 2022). I costi diretti sanitari derivano invece da visite ripetute, valutazioni specialistiche frammentate, trattamenti sintomatici non risolutivi, uso inappropriato di risorse sanitarie e maggiore frequenza di comorbidità psichiatriche e somatiche associate (Schein et al., 2022; Faraone et al., 2024). Le ricerche europee mostrano un rischio di disoccupazione o sottoimpiego significativamente superiore rispetto alla popolazione generale. Studi condotti in area nord-europea hanno documentato come l'ADHD adulto si associ a una marcata compromissione del funzionamento lavorativo, a più elevato *turnover* occupazionale e a traiettorie reddituali peggiori nel lungo periodo (Gjervan et al., 2012; Instanes et al., 2022). In questa stessa prospettiva, le analisi economiche europee hanno stimato per l'ADHD adulto un impatto complessivo dell'ordine di miliardi di euro l'anno, sottolineando il peso predominante dei costi indiretti, della perdita di produttività e della maggiore instabilità occupazionale (Daley et al., 2019; Merino et al., 2024). Analogamente, negli Stati Uniti il *burden* economico attribuibile all'ADHD adulto è stato stimato in oltre 120 miliardi di dollari annui, con una quota pro capite di circa 14.000 dollari e una componente dominante legata alla perdita di produttività, alla disoccupazione, all'instabilità lavorativa e alle comorbidità (Schein et al., 2022). Nel contesto europeo, uno dei dati più solidi deriva da un'analisi danese basata sul confronto con fratelli senza ADHD, che ha stimato per l'adulto con ADHD un differenziale medio di costo di circa 20.134 euro annui per persona. Questo dato è particolarmente rilevante perché documenta come il *burden* economico dell'ADHD adulto non riconosciuto o tardivamente riconosciuto non si

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

esaurisca nella spesa sanitaria diretta, ma si distribuisca su molteplici aree: occupazione, welfare, salute mentale, incidenti e funzionamento sociale complessivo (Daley et al., 2019). In tale prospettiva, anche il dato spesso riportato in sede istituzionale italiana di circa 20.000–23.000 euro annui pro capite appare plausibile come ordine di grandezza, ma risulta metodologicamente più prudente fondarlo su studi osservazionali *peer-reviewed* che su fonti esclusivamente divulgative o politico-istituzionali. Le evidenze disponibili non consentono ancora un confronto perfettamente omogeneo tra "ADHD trattato" e "ADHD non trattato" nei diversi sistemi sanitari; nondimeno, gli studi suggeriscono che il *burden* economico dei quadri non riconosciuti o tardivamente diagnosticati sia maggiore. Studi europei recenti confermano inoltre che l'ADHD adulto comporta un *burden* economico rilevante anche dopo l'identificazione diagnostica, ma suggeriscono al tempo stesso come la diagnosi e la presa in carico riducano nel tempo i costi indiretti legati a cronicizzazione, disfunzionamento lavorativo e ricorso frammentato ai servizi (Merino et al., 2024). In questa luce, diagnosi e trattamento non rappresentano soltanto un intervento clinico, ma anche una possibile strategia di razionalizzazione della spesa pubblica e di riduzione dell'impatto sociale del disturbo. Il mancato riconoscimento dell'ADHD adulto produce infatti un "costo dell'invisibilità" che trasforma un disturbo del neurosviluppo in un fattore di impoverimento economico, vulnerabilità occupazionale e aggravio sistemico per i servizi sanitari e sociali. Nel contesto italiano, dove mancano ancora analisi sistematiche sul ritorno dell'investimento dei percorsi diagnostici nell'adulto, tale vuoto riflette a sua volta la storica sottostima del disturbo e rende ancora più urgente l'adozione di protocolli di orientamento clinico e di invio appropriato a partire dalle Cure Primarie, al fine di trasformare un onere passivo in un investimento strategico sulla salute, sul funzionamento e sulla produttività sociale dell'individuo.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CAPITOLO 2 - 2.1 Contesto istituzionale e ruolo della medicina primaria: il percorso normativo e lo spunto del Bollettino Ufficiale della Regione Lazio (BUR n. 38, maggio 2025)

L'Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD/DDAI) è entrato formalmente nell'agenda sanitaria nazionale nei primi anni Duemila grazie alla collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco e società scientifiche di riferimento. Un passaggio decisivo si è avuto nel 2007, con l'istituzione del Registro Nazionale ADHD presso l'ISS e con l'autorizzazione all'impiego di specifiche opzioni farmacologiche, all'interno di un quadro regolatorio inizialmente costruito quasi esclusivamente intorno all'età evolutiva. Tale assetto ha configurato un modello fortemente specialistico-centrico, nel quale la diagnosi e la gestione terapeutica erano affidate principalmente ai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, mentre il ruolo del pediatra di libera scelta restava prevalentemente limitato all'eventuale segnalazione e al supporto nel *follow-up*. Questa impostazione, pur giustificata dall'esigenza di garantire appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della sicurezza, ha contribuito a consolidare un modello istituzionale sbilanciato verso l'età pediatrica. Il riconoscimento della persistenza dell'ADHD nell'età adulta si è sviluppato infatti con maggiore lentezza e solo più recentemente ha trovato una traduzione organizzativa nei percorsi diagnostico-terapeutici regionali. Ne è derivato un panorama nazionale eterogeneo, nel quale coesistono realtà dotate di centri dedicati ed equipe multidisciplinari strutturate e altre aree caratterizzate da minore disponibilità di servizi, lunghe liste d'attesa e maggiore frammentazione degli interventi. In questo scenario, la criticità non riguarda soltanto i tempi di accesso, ma anche la continuità della presa in carico e la qualità del monitoraggio nel medio e lungo periodo. L'enfasi storicamente posta sul Registro Nazionale e sul controllo prescrittivo ha dunque prodotto un risultato ambivalente: da un lato ha garantito standard più rigorosi nella gestione farmacologica in età evolutiva, dall'altro ha lasciato più indefinito il versante adulto, per il quale non si è sviluppato, per lungo tempo, un dispositivo istituzionale altrettanto strutturato. Questo squilibrio ha favorito, anche sul piano culturale e organizzativo, la persistenza dell'idea implicita di un ADHD prevalentemente infantile, con il rischio di sottovalutare la continuità del disturbo oltre l'adolescenza. In assenza di modelli di percorsi di transizione assistenziale chiaramente codificati, il passaggio dai servizi dell'età evolutiva a quelli per l'adulto è rimasto spesso affidato a percorsi informali o disomogenei, con il rischio concreto di interruzione del trattamento proprio in una fase cruciale per lo sviluppo dell'autonomia personale, formativa e professionale. Il confronto con altri sistemi sanitari europei evidenzia con chiarezza tale ritardo. Nel Regno Unito, ad esempio, la linea guida NICE

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

NG87 ha riconosciuto esplicitamente la natura *lifespan* del disturbo e ha collocato il Medico di Cure Primarie all'interno di un modello di collaborazione con i servizi specialistici, attribuendo al primo livello di cura un ruolo rilevante nel riconoscimento, nella continuità assistenziale e nel monitoraggio condiviso. Rispetto a questo paradigma, il contesto italiano appare ancora caratterizzato dall'assenza di direttive nazionali pienamente unificate per l'età adulta e da una conseguente dipendenza dalle iniziative regionali. In questo senso, il quadro nazionale appare tuttavia in evoluzione: nel gennaio 2026 il tema dell'ADHD lungo l'arco di vita è stato oggetto di un confronto istituzionale presso l'Aula dei Gruppi Parlamentari, cui ha fatto seguito, nell'aprile 2026, l'avvio di un tavolo di lavoro per la definizione di future Linee Guida Nazionali, a conferma del crescente riconoscimento istituzionale del disturbo anche in età adulta. In questo contesto si colloca il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 38 del 13 maggio 2025, che pubblica la Deliberazione della Giunta Regionale n. 292 dell'8 maggio 2025, recante le nuove Linee di Indirizzo Regionali per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD. Il documento recepisce in modo esplicito la continuità del disturbo lungo l'arco di vita e delinea un modello organizzativo di rete fondato sull'integrazione tra servizi territoriali, dipartimenti di salute mentale e centri prescrittori. Un dato di particolare interesse è che le Linee di indirizzo regionali traducono l'impianto programmatorio in un assetto operativo esplicito, riportando per ciascuna ASL o Azienda le strutture/centri abilitati alla presa in carico specialistica e alla definizione del piano terapeutico anche per l'età adulta (Regione Lazio, D.G.R. 8 maggio 2025, n. 292, BUR Lazio, n. 38 del 13 maggio 2025, sez. 4.1, p. 25; Tab. 4, p. 27). Ciò consente di interpretare il BUR Lazio del maggio 2025 non solo come un passaggio dichiarativo, ma come un momento concretamente organizzativo nella definizione della rete regionale per l'ADHD adulto. In questo assetto, la medicina primaria viene valorizzata come snodo territoriale significativo per l'intercettazione dei casi sospetti, la raccolta anamnestica orientata e l'attivazione del percorso specialistico, all'interno di una logica di collaborazione strutturata. Le Linee di indirizzo regionali prevedono inoltre strumenti di coordinamento e monitoraggio, con l'individuazione di centri di riferimento, referenti aziendali e di un sistema regionale di verifica dell'implementazione. Il loro rilievo, tuttavia, non risiede soltanto nell'architettura formale della rete, ma soprattutto nel fatto che introducono un principio di forte interesse per questa tesi: l'ADHD adulto non viene più pensato come problema esclusivo del livello specialistico, bensì come condizione che richiede anche una capacità di riconoscimento precoce e di orientamento clinico nel primo livello di cura. Proprio qui emergono però le principali criticità applicative. Il setting quotidiano della medicina primaria è infatti caratterizzato da tempi di consultazione brevi, elevata complessità clinica e forte pressione assistenziale. In tale

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

contesto, l'attribuzione al medico di Cure Primarie di un ruolo più attivo nell'intercettazione dell'ADHD adulto richiede non soltanto una maggiore formazione specifica, ma anche strumenti operativi essenziali, sostenibili e coerenti con il tempo reale della consultazione. In assenza di tali condizioni, il rischio è che il riconoscimento del disturbo resti occasionale o che il nuovo carico organizzativo si traduca in un ulteriore appesantimento di un setting già strutturalmente sollecitato. La sostenibilità di questo modello dipende inoltre dal fatto che l'ADHD adulto si presenta frequentemente in associazione con comorbidità psichiatriche, somatiche e funzionali che già gravitano nell'area di competenza delle Cure Primarie. Per questo motivo, l'identificazione del disturbo nel primo livello di cura non può realisticamente fondarsi su valutazioni diagnostiche estese e specialistiche, ma deve poggiare sulla capacità di riconoscere pattern ricorrenti di compromissione, traiettorie anamnestiche suggestive e red flag cliniche meritevoli di approfondimento. È precisamente in questo snodo che il BUR Lazio offre lo spunto istituzionale più rilevante per il presente elaborato: se la normativa assegna alla medicina primaria una funzione di accesso e di orientamento, diventa necessario interrogarsi su quali strumenti siano concretamente utilizzabili per rendere tale funzione praticabile, proporzionata e clinicamente utile nel contesto reale delle Cure primarie. Alla luce di questo quadro, il passaggio successivo consiste nell'individuare quali elementi clinici, nel suddetto contesto, possano rendere il sospetto di ADHD nell'adulto più riconoscibile e più fondato. Diventa quindi necessario soffermarsi sulle red flag del disturbo, intese non come criteri diagnostici autosufficienti, ma come configurazioni ricorrenti di disfunzionamento e compromissione capaci di orientare in modo più appropriato l'invio.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CAPITOLO 3 – 3.1 Fenomenologia e *red flag* dell'ADHD adulto

La peculiare complessità del riconoscimento dell'ADHD nell'adulto dipende dal fatto che il nucleo di matrice neuroevolutiva tende, nel tempo, a non manifestarsi come un quadro fenotipico "puro", ma come una configurazione clinica stratificata da decenni di adattamenti, fallimenti ricorrenti, strategie compensatorie, mascheramento sintomatologico e sovrapposizioni psicopatologiche. Nel setting delle Cure Primarie, le *red flag* non devono pertanto essere interpretate come criteri diagnostici autosufficienti, bensì come marcatori clinici di soglia, utili a orientare il sospetto verso un'alterazione persistente dei domini attentivi, esecutivi e dell'autoregolazione. In questa prospettiva, esse acquisiscono valore non tanto per la loro specificità isolata, quanto per la loro ricorrenza longitudinale, la pervasività cross-contestuale e la loro aggregazione in pattern coerenti di compromissione funzionale (Asherson et al., 2016; Kooij et al., 2019; Faraone et al., 2021).

1. *La traiettoria neuroevolutiva: persistenza, continuità e pervasività*

La prima red flag è la cronicità della traiettoria *dell'impairment*. Nell'adulto, il sospetto di ADHD raramente nasce dall'osservazione di sintomi isolati o eclatanti; più spesso emerge dalla ricostruzione anamnestica di una difficoltà persistente, presente fin dall'età evolutiva e variamente declinata nel tempo, senza una reale soluzione di continuità. Anche quando il quadro infantile non sia stato formalmente riconosciuto, oppure sia stato in parte compensato da fattori protettivi quali una buona dotazione cognitiva, un ambiente familiare strutturato o un'elevata supervisione esterna, riemergono spesso una storia di inefficienza organizzativa, discontinuità delle performance, fatica nella gestione autonoma dei compiti e un senso soggettivo, durevole, di funzionare al di sotto delle proprie potenzialità (Asherson et al., 2016; Turgay et al., 2012; Faraone et al., 2021). In sintesi, l'elemento clinicamente dirimente non è la mera presenza di disattenzione o impulsività, ma la natura non episodica della compromissione. A differenza di altre condizioni psicopatologiche, nelle quali il funzionamento può oscillare tra fasi acute e periodi di relativa remissione, nell'ADHD adulto il paziente descrive spesso una sorta di "rumore di fondo" costante: una difficoltà strutturale nel mantenere continuità, ordine, pianificazione e autoregolazione, trasversale agli ambiti scolastico, lavorativo, domestico e relazionale. Tale persistenza rappresenta un elemento centrale nella valutazione clinica dell'adulto, poiché consente di distinguere una difficoltà neuroevolutiva stabile da manifestazioni episodiche, reattive o secondarie ad altre condizioni psicopatologiche.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

2. *Disfunzione esecutiva, time blindness e difficoltà di autoregolazione*

Tra gli indicatori più robusti si annovera la disfunzione esecutiva, intesa come alterazione dei processi di orchestrazione del comportamento finalizzato: organizzazione delle priorità, inibizione di risposte inadeguate, mantenimento dell'obiettivo, monitoraggio del comportamento e regolazione dell'impegno cognitivo nel tempo. L'adulto con ADHD riferisce frequentemente un persistente scollamento tra intenzione e azione: sa cosa dovrebbe fare, talora sa anche come dovrebbe farlo, ma fatica a tradurre l'intenzione in comportamento coerente e continuativo. Questo deficit dell'autoregolazione orientata al futuro, ampiamente concettualizzato da Barkley, costituisce una delle chiavi interpretative più efficaci per il riconoscimento clinico (Barkley et al., 2008; Faraone et al., 2021). A tale nucleo si associano spesso alterazioni della percezione e della gestione del tempo, sintetizzate nella nozione clinica di time *blindness*: difficoltà a stimare la durata delle attività, a percepire realisticamente lo scorrere del tempo, a distribuire l'impegno in funzione delle scadenze e a ponderare in modo adeguato le conseguenze future delle azioni presenti. Accanto a ciò, molti adulti descrivono un'attività mentale eccessivamente mobile, dispersa o frammentata, riconducibile al fenomeno del *mind wandering*, con la sensazione soggettiva di una mente costantemente affollata e difficilmente stabilizzabile su compiti a bassa stimolazione (Bozhilova et al., 2018; Marx et al., 2022; Mette et al., 2023). Fenomenologicamente, questo si traduce in procrastinazione cronica, ritardi sistematici, accumulo di incombenze fino alla soglia critica e marcata difficoltà nella gestione di appuntamenti, scadenze e oneri amministrativi quotidiani. Non si tratta di semplice trascuratezza, ma di una compromissione funzionale che investe l'autonomia personale e che, se ricorrente e pervasiva, può assumere rilevante valore orientativo nel sospetto clinico.

3. *Indicatori formativi e socio-professionali: il "curriculum frammentato" e il potenziale inespresso*

Un segnale anamnestico di particolare solidità concerne la presenza di una traiettoria formativa o professionale frammentata, caratterizzata da esordi promettenti non seguiti da consolidamento, frequenti cambi di indirizzo, difficoltà nel mantenimento degli impegni e costante discrepanza tra potenziale cognitivo e risultati tangibili. Tale pattern non riflette semplicemente una generica instabilità vocazionale, ma una difficoltà nel sostenere nel tempo compiti monotoni, differiti o scarsamente gratificanti, soprattutto in assenza di rinforzi immediati o di elevata salienza motivazionale (Asherson et al., 2016; Gjervan et al., 2012;

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Fuermaier et al., 2021). Nella storia scolastica e universitaria dell'adulto con ADHD ricorrono frequentemente faticabilità mentale precoce, procrastinazione, discontinuità del rendimento e il vissuto di una resa cronicamente inferiore rispetto al proprio livello intellettivo. In ambito lavorativo, analogamente, emergono criticità nel rispetto delle scadenze, nella tenuta organizzativa, nell'affidabilità quotidiana e nella tolleranza di attività routinarie, con conseguenti conflitti, insoddisfazione o progressiva marginalizzazione professionale. Le review sull'impairment funzionale in età adulta confermano coerentemente che le difficoltà dell'ADHD non si esauriscono nei sintomi nucleari, ma si esprimono in modo cumulativo anche sul piano accademico, occupazionale, sociale ed economico (Kosheleff et al., 2023; Faraone et al., 2021). Questi elementi confermano l'importanza di esplorare non solo la presenza dei sintomi nucleari, ma anche il loro impatto cumulativo sulla traiettoria formativa, lavorativa e socioeconomica del soggetto.

4. *La maschera psicopatologica: comorbidità, resistenza ai trattamenti e sovradiagnosi alternative*

È altrettanto cruciale considerare come, nell'adulto, l'ADHD si presenti spesso mascherato da altre manifestazioni cliniche o oscurato da quadri diagnostici di più comune riscontro, quali disturbi d'ansia, depressione, disturbo bipolare, disturbo borderline di personalità o disturbi da uso di sostanze. Non di rado il paziente giunge all'osservazione dopo anni di percorsi terapeutici parzialmente efficaci, nei quali il trattamento dei sintomi secondari non ha modificato il nucleo stabile di disorganizzazione, impulsività, inefficienza e disregolazione. Una storia di diagnosi multiple, miglioramenti parziali e persistente compromissione funzionale dovrebbe quindi indurre il clinico a considerare l'ipotesi di un disturbo del neurosviluppo precedentemente misconosciuto (Asherson et al., 2016; Kooij et al., 2019; Young et al., 2023). Particolare rilievo assume la disregolazione emotiva, oggi sempre più riconosciuta come dimensione clinicamente rilevante dell'ADHD adulto: irritabilità, bassa tolleranza alla frustrazione, reazioni emotive rapide e intense, labilità affettiva e difficoltà nel recupero dopo l'attivazione emotiva possono contribuire a errori diagnostici, soprattutto nel differenziale con condizioni come il disturbo borderline di personalità (Moukhtarian et al., 2018; Soler-Gutiérrez et al., 2023). In altri casi, lo sviluppo di strategie compensatorie rigide, quali perfezionismo, ipercontrollo o ritualizzazione eccessiva dell'organizzazione quotidiana, può rendere meno visibile il caos interno e ritardare il riconoscimento del disturbo. In questo senso, l'osservazione clinica deve

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

includere non solo i sintomi più evidenti, ma anche frustrazione, autovalutazione negativa, pattern compensatori e discrepanza tra funzionamento apparente e vissuto interno.

5. *Comportamenti a rischio, impulsività decisionale e vulnerabilità esternalizzante*

Nell'adulto, l'impulsività tende a trascendere la dimensione motoria più evidente dell'età evolutiva per esprimersi soprattutto sul piano decisionale, verbale e comportamentale. Sul piano pratico, ciò può tradursi in scelte affrettate, acquisti impulsivi, gestione finanziaria precaria, difficoltà a differire la gratificazione, condotte di guida imprudente, interruzioni relazionali brusche o comportamenti scarsamente ponderati in contesti ad alta attivazione emotiva. Se considerati singolarmente, tali elementi non sono specifici; tuttavia, acquisiscono forte valore orientativo quando si inseriscono in una traiettoria più ampia di disorganizzazione, ricerca di stimoli, instabilità e scarso controllo autoregolativo (Faraone et al., 2021; Kosheleff et al., 2023). Nel setting delle cure primarie, risulta pertanto particolarmente utile investigare la micro-fenomenologia delle condotte quotidiane: decisioni precipitose, difficoltà a fermarsi prima di agire, ricerca di sollievo immediato rispetto alla noia o alla sottoattivazione, tendenza a privilegiare il vantaggio immediato rispetto alla pianificazione a medio termine. Per il medico di Cure Primarie, tali dimensioni possono rappresentare segnali indiretti ma significativi, soprattutto quando ricorrono in associazione con disorganizzazione cronica, instabilità emotiva e difficoltà di pianificazione.

6. *Autoregolazione, stili di vita e strategie di automedicazione*

Una macroarea spesso sottostimata riguarda le modalità con cui l'adulto con ADHD tenta di modulare autonomamente il proprio livello di attivazione interna e di gestire lo squilibrio tra sovraccarico mentale e sottoattivazione. In alcuni casi, il ricorso a nicotina, alcol, cannabis o altre sostanze può assumere il significato di una strategia empirica di regolazione, finalizzata ad aumentare la concentrazione, sedare l'irrequietezza, attenuare la tensione interna o facilitare l'addormentamento; questa dimensione è particolarmente rilevante perché l'ADHD presenta una nota associazione con l'uso di sostanze e con i disturbi da uso di sostanze (SUD), che possono complicarne il riconoscimento e la presa in carico (Young et al., 2023). Allo stesso modo, i disturbi del sonno, l'irregolarità dei ritmi sonno-veglia, la difficoltà ad "abbassare" l'attivazione serale e alcune alterazioni del comportamento alimentare, soprattutto *binge eating*

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

e condotte alimentari con perdita di controllo, possono rappresentare espressioni indirette di una più ampia difficoltà di autoregolazione (Becker, 2020; Faraone et al., 2021). Nel setting della medicina generale, questi aspetti emergono spesso prima di un sospetto diagnostico esplicito: il paziente può presentarsi per insonnia, stanchezza cronica, irregolarità dello stile di vita o difficoltà persistenti nella gestione della quotidianità. Una lettura integrata di tali segnali, alla luce delle difficoltà esecutive e della traiettoria anamnestica, può contribuire a rendere più visibile la matrice neuroevolutiva sottostante. In questa prospettiva, sonno, alimentazione, uso di sostanze e ricerca di stimoli non andrebbero letti come elementi isolati, ma come possibili indicatori di una più ampia difficoltà di modulazione dell'attivazione e dell'autoregolazione.

7. *Vissuto soggettivo, autostima e fenomenologia interna*

Infine, un tassello imprescindibile è rappresentato dalla fenomenologia dell'esperienza soggettiva. Molti adulti con ADHD descrivono una mente perennemente affollata da pensieri multipli, una difficoltà a mantenere la concentrazione su compiti poco stimolanti e, al tempo stesso, la possibilità di entrare in stati di assorbimento intenso o iperfocus su attività percepite come intrinsecamente gratificanti o altamente salienti. Questo apparente paradosso non contraddice il disturbo, ma riflette una regolazione attentiva instabile e fortemente dipendente dal valore motivazionale del compito (Bozhilova et al., 2018; Hupfeld et al., 2019). A ciò si associa spesso una progressiva erosione dell'autostima, derivante dalla reiterata esperienza di non riuscire a trasformare le intenzioni in risultati concreti, di deludere aspettative proprie e altrui e di sperimentare una distanza persistente tra ciò che si sa di poter fare e ciò che si riesce effettivamente a realizzare. Questo senso di inadeguatezza, profondamente interiorizzato, può precedere le comorbidità affettive o amplificarle. Per questa ragione, la valutazione clinica dell'adulto dovrebbe includere anche il vissuto soggettivo, poiché l'ADHD non si manifesta soltanto attraverso sintomi osservabili, ma anche attraverso l'interiorizzazione di anni di disfunzionamento non compreso. In sintesi, le red flag acquistano significato soprattutto nella loro convergenza: persistenza neuroevolutiva, disfunzione esecutiva, disregolazione emotiva, pattern di impairment funzionale e vissuto soggettivo di inefficienza non devono essere interpretati come elementi diagnostici isolati, ma come una costellazione clinica che può orientare il sospetto, strutturare l'anamnesi e rendere più appropriato l'eventuale invio alla valutazione specialistica.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

3.2 Medicina di genere: la fenomenologia dell'ADHD femminile

La medicina di genere assume oggi un ruolo centrale nell'interpretazione dei disturbi neuropsichiatrici e, tra questi, l'ADHD rappresenta uno degli ambiti in cui le differenze legate al sesso e al genere incidono in modo particolarmente significativo sulla presentazione clinica, sul riconoscimento diagnostico e sui percorsi di cura (Kooij et al., 2019; Young et al., 2020). La letteratura più recente ha evidenziato come, nelle donne adulte, l'ADHD si presenti più spesso con un profilo interiorizzato, dominato da disattenzione, affaticabilità esecutiva, iperattività interna e disregolazione emotiva, piuttosto che dai comportamenti esternalizzati e impulsivi più facilmente riconosciuti nel sesso maschile (Hinshaw et al., 2021; Faraone et al., 2021). Tale configurazione determina una minore visibilità sociale e clinica e suggerisce che almeno una parte della differente prevalenza osservata tra i sessi rifletta *bias* di riconoscimento e di invio piuttosto che reali differenze nella distribuzione dei tratti ADHD nella popolazione (Attoe & Thompson, 2016; Young et al., 2020; Martin et al., 2024). Le donne con ADHD sviluppano spesso precocemente strategie di compenso fondate su perfezionismo, iperorganizzazione, elevato monitoraggio di sé e controllo ambientale, che possono mascherare per lungo tempo i deficit esecutivi, almeno fino a quando l'incremento delle richieste scolastiche, lavorative, familiari o genitoriali rende tali strategie progressivamente insostenibili (Young et al., 2020; Hinshaw et al., 2021). In questo contesto, l'emergere di fallimenti funzionali, irritabilità, esaurimento emotivo o *burnout* viene frequentemente interpretato come espressione primaria di disturbi d'ansia o dell'umore, favorendo percorsi diagnostici alternativi e ritardando il riconoscimento dell'ADHD. Questo meccanismo di sovrapposizione e oscuramento diagnostico, spesso discusso in letteratura come *diagnostic overshadowing*, rappresenta una delle principali cause di sottoidentificazione nel sesso femminile (Young et al., 2020; Martin et al., 2024). Dal punto di vista fenomenologico, la disattenzione si manifesta frequentemente come *mind wandering*, dispersione cognitiva, difficoltà a mantenere la concentrazione su compiti poco stimolanti e sensazione soggettiva di sovraffollamento mentale; l'iperattività assume più spesso una connotazione interna, fatta di tensione motoria e psichica, urgenza mentale, ruminazione e costante timore di dimenticare o sbagliare; l'impulsività, infine, tende a esprimersi meno come agito motorio evidente e più come reattività emotiva, instabilità decisionale o difficoltà di modulazione interpersonale (Faraone et al., 2021; Hinshaw et al., 2021). In molte donne, inoltre, la disregolazione emotiva è particolarmente marcata e si accompagna a sensibilità al rifiuto, autostima fragile e oscillazioni del tono dell'umore, fattori che possono aumentare la probabilità di errori diagnostici e di letture riduttive del quadro clinico

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

(Young et al., 2020; Hinshaw et al., 2021). Negli ultimi anni si è sviluppata una crescente attenzione verso il ruolo delle fluttuazioni ormonali nella modulazione dei sintomi. Le evidenze disponibili suggeriscono che pubertà, ciclo mestruale, gravidanza, postpartum e perimenopausa possano rappresentare finestre di vulnerabilità clinica, nelle quali i sintomi inattentivi, esecutivi ed emotivi tendono a peggiorare o a diventare più percepibili. In particolare, studi prospettici sul ciclo mestruale hanno mostrato che la riduzione degli estrogeni si associa a un incremento dei sintomi ADHD, soprattutto nelle donne con maggiore impulsività di tratto; sul piano teorico, ciò è coerente con il ruolo modulatore degli estrogeni sulla trasmissione dopaminergica e sulle funzioni prefrontali (Roberts et al., 2018; Kooij et al., 2025). Tuttavia, pur essendo clinicamente plausibile che molte pazienti riferiscano oscillazioni mensili della concentrazione o della risposta soggettiva al trattamento, la letteratura resta ancora incompleta e non consente conclusioni definitive su protocolli farmacologici standardizzati in base alle fasi del ciclo (Kooij et al., 2025). Le fasi della vita riproduttiva rappresentano quindi momenti di particolare rilievo clinico. In gravidanza e nel postpartum, la combinazione tra instabilità ormonale, interruzione del sonno, incremento del carico organizzativo e nuove richieste di cura può accentuare i sintomi inattentivi, la fatica esecutiva e la disregolazione emotiva, rendendo più visibile un disturbo rimasto a lungo compensato o misconosciuto (Scoten et al., 2024; Kooij et al., 2025). Le comorbidità più frequenti nelle donne con ADHD includono disturbi d'ansia, depressione, disturbi del sonno e anche disturbi del comportamento alimentare, soprattutto condotte di *binge eating* e perdita di controllo sull'alimentazione, che sembrano presentare un'associazione non trascurabile con la disregolazione attentiva e impulsiva (Solberg et al., 2018; Appolinario et al., 2024). Sul piano epidemiologico, le donne con ADHD mostrano un carico particolarmente elevato di comorbidità internalizzanti rispetto agli uomini, mentre il peso relativo dei disturbi da uso di sostanze appare mediamente più alto nel sesso maschile, pur restando clinicamente rilevante anche nelle donne (Solberg et al., 2018). Nel setting delle Cure Primarie, ciò implica che, in presenza di ansia ricorrente, insonnia, esauribilità, sintomi somatici ricorrenti, rendimento scolastico formalmente buono ma ottenuto al prezzo di enorme fatica, perfezionismo rigido, discontinuità funzionale o storia di scompenso nelle transizioni ormonali e riproduttive, il Medico debba mantenere una soglia di sospetto più alta. In quest'ottica risultano particolarmente utili un'anamnesi ciclo-correlata dei sintomi, l'esplorazione delle strategie compensatorie, l'attenzione alle traiettorie di mascheramento e una valutazione accurata delle comorbidità internalizzanti, che spesso costituiscono il motivo esplicito di consultazione ma non esauriscono il quadro sottostante (Young et al., 2020; Hinshaw et al., 2021; Kooij et al., 2025). Sul piano terapeutico, l'approccio rimane fondato sugli stessi principi

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

generali validi per l'ADHD dell'adulto, ma richiede un'attenzione specifica alle fasi di vulnerabilità ormonale, alle comorbidità affettive e del sonno e ai temi della gravidanza e dell'allattamento. Le evidenze recenti suggeriscono che l'esposizione prenatale al metilfenidato non si associ a un incremento clinicamente rilevante del rischio di disturbi del neurosviluppo nei figli, ma le decisioni terapeutiche in gravidanza devono restare individualizzate e basate su un attento bilancio rischio-beneficio. Per quanto riguarda l'allattamento, la letteratura disponibile sul metilfenidato resta più limitata e richiede prudenza clinica, pur in presenza di dati che suggeriscono un trasferimento nel latte generalmente basso (Suarez et al., 2024; Bolea-Alamañac et al., 2014; Scoten et al., 2024).

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

3.3 - Le comorbidità: tra correlazioni e causalità

L'ADHD nell'adulto si associa frequentemente a un percorso clinico in cui il paziente giunge all'osservazione non per il disturbo di base, ma per condizioni concomitanti che ne mascherano il riconoscimento. In tale prospettiva, il problema non è soltanto l'elevata compresenza di altri disturbi psichiatrici, ma anche il fatto che questi ultimi costituiscono spesso il motivo principale di accesso ai servizi, ritardando l'identificazione del quadro neuroevolutivo sottostante (Faraone et al., 2021; Fu et al., 2025). La persistenza nel tempo di disattenzione, disorganizzazione, impulsività e difficoltà di autoregolazione espone infatti l'individuo a una sequenza di fattori stressanti cronici (insuccessi scolastici, instabilità lavorativa, conflittualità relazionale, precarietà economica) che possono favorire l'emergere o il consolidarsi di sintomi ansiosi, depressivi e comportamenti disfunzionali. Parallelamente, la presenza di tali manifestazioni secondarie può orientare il clinico verso diagnosi più immediatamente riconoscibili in età adulta, lasciando in secondo piano l'ADHD. Una volta formulata la diagnosi, il problema si rovescia solo in apparenza. Se da un lato il riconoscimento dell'ADHD consente finalmente di dare un ordine longitudinale alla storia clinica, dall'altro permane il rischio di attribuire in maniera eccessiva all'ADHD l'intero quadro di sofferenza psicopatologica, sottovalutando la presenza di comorbidità autonome che richiedono una valutazione specifica. In altri termini, la comorbidità nell'ADHD adulto non rappresenta un'eccezione, ma la regola clinica. Già una revisione di riferimento evidenziava che tra il 65% e l'89% degli adulti con ADHD presenta almeno un disturbo psichiatrico aggiuntivo nel corso della vita, con particolare frequenza di disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità (Sobanski, 2006). Le sintesi più recenti confermano la robustezza di tale associazione: rispetto agli adulti senza ADHD, quelli con diagnosi di ADHD mostrano *odds ratio* significativamente aumentati per disturbi d'ansia, depressione maggiore, disturbo bipolare e disturbi da uso di sostanze, con pattern per sesso che tendono a riprodurre quelli osservati nella popolazione generale, cioè una maggiore prevalenza di ansia e depressione nelle donne e maggiore prevalenza di disturbi da uso di sostanze negli uomini (Hartman et al., 2023). Tra le comorbidità più rilevanti sul piano clinico meritano particolare attenzione i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia, sia per la loro frequenza, sia perché rappresentano una delle principali cause di diagnosi iniziale alternativa all'ADHD. Le evidenze recenti confermano che depressione e ansia sono tra le condizioni più comunemente associate all'ADHD adulto e contribuiscono in modo sostanziale al peggioramento del funzionamento globale e della qualità di vita (Faraone et al., 2021; Fu et al., 2025). In molti casi, soprattutto nelle presentazioni meno *disruptive* e più

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

internalizzanti, il paziente riceve inizialmente una diagnosi di disturbo ansioso o depressivo senza che venga sospettata la componente neuroevolutiva sottostante. Questo punto è di particolare interesse per la medicina generale, poiché il medico di Cure Primarie incontra spesso quadri di ansia legata all'inefficienza percepita, demoralizzazione secondaria, bassa autostima e distress connesso alla disorganizzazione quotidiana, che possono essere erroneamente interpretati come disturbi primari se non vengono ricostruiti in prospettiva longitudinale. Accanto alle comorbidità psichiatriche maggiori, meritano attenzione anche i disturbi del sonno e alcune alterazioni del comportamento alimentare. Le difficoltà di addormentamento, l'irregolarità dei ritmi sonno-veglia e la sonnolenza diurna possono intrecciarsi con la disregolazione dell'*arousal* e aggravare ulteriormente la compromissione attentiva ed esecutiva. Analogamente, le condotte di *binge eating* e di perdita di controllo sull'alimentazione sembrano condividere con l'ADHD dimensioni quali impulsività, disregolazione emotiva e difficoltà di autoregolazione, configurandosi come aree cliniche da esplorare soprattutto quando il paziente presenta pattern ricorrenti di compensazione, gratificazione immediata o scarso controllo degli impulsi (Becker, 2020; Faraone et al., 2021; Appolinario et al., 2024). Anche i disturbi di personalità, e in particolare il disturbo borderline di personalità, pongono rilevanti problemi di sovrapposizione e diagnosi differenziale. Impulsività, instabilità emotiva, difficoltà relazionali e disregolazione affettiva possono comparire in entrambe le condizioni e rendere complesso il discernimento clinico. Una review specificamente dedicata al rapporto tra ADHD e borderline ha mostrato che la comorbidità è elevata e che parte dell'associazione può riflettere vulnerabilità condivise, incluse componenti temperamentali e genetiche comuni (Weiner et al., 2019). Ciò non equivale, tuttavia, a considerare i due disturbi sovrapponibili: nell'ADHD la disorganizzazione cognitivo-comportamentale e la persistenza dei sintomi di disattenzione e impulsività lungo l'arco di vita restano centrali, mentre nel borderline assumono maggiore peso l'instabilità dell'immagine di sé, la sensibilità all'abbandono e la marcata turbolenza relazionale. Sul piano eziopatogenetico, l'elevata comorbidità può essere interpretata secondo modelli diversi e non mutuamente esclusivi. Un primo modello chiama in causa vulnerabilità condivise: studi genetici su larga scala mostrano infatti che i disturbi psichiatrici presentano un'ampia quota di rischio genetico condiviso, il che rende plausibile che parte dell'associazione tra ADHD, depressione, ansia e altri disturbi rifletta basi biologiche comuni più che semplici sequenze reattive lineari (Grotzinger et al., 2026). Un secondo modello riguarda i meccanismi funzionali e ambientali: il carico cumulativo dell'ADHD non riconosciuto (fallimenti ripetuti, criticità scolastiche e professionali, conflitti interpersonali, stigma e senso di inefficacia) può costituire un terreno favorente per lo sviluppo di disturbi internalizzanti, in particolare

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

depressione e ansia, aggravando ulteriormente il decorso clinico e il rischio di cronicizzazione (Faraone et al., 2021; Fu et al., 2025). Un terzo ambito concerne il rapporto con i disturbi da uso di sostanze, nel quale possono intervenire sia vulnerabilità condivise sia meccanismi di automedicazione, con uso di sostanze finalizzato a modulare irrequietezza interna, disforia, impulsività o difficoltà attentive. Il tema della causalità merita tuttavia cautela. Il fatto che ADHD e altri disturbi coesistano frequentemente non autorizza a dedurre automaticamente un rapporto causale unidirezionale. In questo senso, gli studi di inferenza causale offrono indicazioni interessanti: uno studio di randomizzazione mendeliana a rete *(network Mendelian randomization)* ha suggerito un'associazione bidirezionale tra ADHD e disturbo depressivo maggiore e, dopo aggiustamento per depressione, un'associazione diretta dell'ADHD con tentativo di suicidio e disturbo post-traumatico da stress; nello stesso lavoro non emergeva invece evidenza di un rapporto causale diretto con disturbo bipolare o schizofrenia (Meisinger et al., 2023). Tali risultati sono rilevanti perché aiutano a superare una lettura semplicistica della comorbidità: in alcuni casi l'ADHD può contribuire direttamente al rischio di altri disturbi, in altri casi può condividere fattori di vulnerabilità, in altri ancora può favorire esiti psicopatologici attraverso vie indirette mediate dal funzionamento compromesso. Dal punto di vista della diagnosi differenziale, il criterio euristico più utile resta la prospettiva longitudinale. L'ADHD è un disturbo del neurosviluppo e richiede quindi la ricostruzione di una traiettoria sintomatologica con esordio in età evolutiva, pur nella possibile modificazione fenotipica dei sintomi nel passaggio all'età adulta. Nella depressione maggiore la disattenzione tende più spesso a essere secondaria a rallentamento psicomotorio, riduzione dell'energia, anedonia e abbassamento del tono vitale, con maggiore variabilità in rapporto alle fasi episodiche; nell'ADHD, invece, il nucleo attentivo-disorganizzativo ha di norma carattere più stabile e pervasivo lungo la storia di vita. Analogamente, nella diagnosi differenziale con il disturbo bipolare, la semplice presenza di distraibilità o impulsività non è sufficiente: l'elemento discriminante è la comparsa di episodi distinti di alterazione dell'umore, con variazioni nette rispetto al funzionamento basale e con segni come ridotto bisogno di sonno, aumento dell'attività finalizzata, grandiosità o accelerazione ideica (Asherson et al., 2014). Per quanto riguarda l'ansia, è essenziale distinguere le forme primarie, caratterizzate da preoccupazione pervasiva e sintomi autonomici, dalle manifestazioni ansiose secondarie alla cronica esperienza di inefficienza, disorganizzazione e fallimento tipica dell'ADHD non riconosciuto (Fu et al., 2025). Le implicazioni terapeutiche sono dirette. Le buone pratiche cliniche sottolineano che la priorità di trattamento dipende dalla natura e dalla gravità della comorbidità: quando siano presenti disturbi affettivi maggiori, stati di scompenso acuto, rischio suicidario o importanti

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

disturbi da uso di sostanze, tali condizioni devono essere affrontate prioritariamente, senza però perdere di vista la possibile compresenza dell'ADHD; la ricostruzione longitudinale dei sintomi consente infatti di distinguere più correttamente sintomi di tratto da sintomi di stato (Royal College of Psychiatrists, 2017). Questa distinzione è cruciale soprattutto nel setting della Medicina Generale, dove il paziente si presenta spesso in una fase sintomatica dominata dalla comorbidità e non dal disturbo di base. Infine, la rilevanza della comorbidità non è solo diagnostica, ma anche prognostica. L'ADHD nell'adulto si associa a un aumento del rischio di esiti avversi, inclusi incidenti, comportamenti a rischio e implicazioni giudiziarie; al tempo stesso, il trattamento farmacologico è stato associato a una riduzione di diversi esiti sfavorevoli, in particolare gli incidenti da trasporto. Ciò rafforza l'idea che il riconoscimento tempestivo del disturbo e delle sue comorbidità non rappresenti soltanto un obiettivo classificatorio, ma anche una misura concreta di prevenzione secondaria e di tutela della salute pubblica (Chang et al., 2014; Kooij et al., 2019).

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CAPITOLO 4 – 4.1 Strumenti di screening e di diagnosi

Lo strumento indicato dalle più recenti linee di indirizzo regionali per il setting delle Cure Primarie è l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). Le Linee di indirizzo della Regione Lazio richiamano genericamente l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) come esempio di strumento autosomministrato utilizzabile dai Medici di Medicina Generale per intercettare adulti con sospetto ADHD, senza indicare una specifica versione dello strumento. Nel presente elaborato si fa riferimento all'ASRS v1.1, versione storicamente validata e ampiamente utilizzata nella letteratura sullo screening dell'ADHD adulto, pur riconoscendo l'esistenza di successivi aggiornamenti, tra cui l'ASRS-5 sviluppata in coerenza con il DSM-5. L'ASRS è stato sviluppato nell'ambito di un programma promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in collaborazione con il gruppo di Kessler, e la sua formalizzazione come scala di screening breve per l'adulto risale al 2005. Nella versione v1.1, lo strumento comprende 18 item corrispondenti ai criteri DSM-4 dell'ADHD, mentre la Parte A, costituita da 6 domande, è stata selezionata come screener sintetico con la migliore capacità predittiva per l'uso clinico iniziale (Kessler et al., 2005). In un successivo studio, l'ASRS-v1.1 a 6 item si è dimostrato uno strumento praticabile in ambulatori con tempi ristretti, con elevata sensibilità ma specificità più moderata (Hines et al., 2012). Anche una review sistematica recente sui test impiegabili nelle Cure Primarie ha incluso l'ASRS tra gli strumenti più adatti al primary care, rilevandone una buona accuratezza complessiva; gli stessi autori, tuttavia, sottolineano l'eterogeneità dei campioni e il fatto che molti studi disponibili siano stati condotti in contesti specialistici o con standard di riferimento non uniformi, il che impone prudenza nel trasferimento automatico dei risultati all'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (Ganzenmüller et al., 2024). In questa prospettiva l'ASRS mantiene una chiara utilità come primo filtro, ma non deve essere interpretato in modo autosufficiente. Il suo principale punto di forza è la brevità; il suo principale limite, invece, è comune a gran parte degli strumenti di autovalutazione: in un setting come quello della Medicina Generale, caratterizzato da una probabilità pre-test dell'ADHD più bassa rispetto ai contesti specialistici e da elevata frequenza di ansia, depressione, disturbi del sonno, uso di sostanze e difficoltà adattive, anche una buona sensibilità può accompagnarsi a un aumento dei falsi positivi e a una riduzione del valore predittivo positivo. Ne deriva che un punteggio positivo all'ASRS segnala la necessità di una valutazione anamnestica e specialistica più approfondita, coerentemente con le raccomandazioni europee e con il NICE, che collocano gli strumenti di screening all'interno di un processo diagnostico più ampio e mai sostitutivo del giudizio clinico (Kooij et al., 2019; NICE, 2018). Un ulteriore limite dell'ASRS riguarda la sua

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

struttura concettuale. Lo strumento è stato costruito in una fase della letteratura in cui la definizione dell'ADHD adulto era ancora fortemente ancorata alla trasposizione dei criteri sintomatologici dall'età evolutiva all'età adulta. Per questo motivo, esso intercetta soprattutto sintomi riferibili con facilità dal paziente (distraibilità, irrequietezza, difficoltà organizzative, procrastinazione), ma coglie meno bene la complessità delle traiettorie longitudinali, dei meccanismi compensatori, della disregolazione emotiva e dei pattern di funzionamento che oggi vengono considerati clinicamente molto rilevanti nella valutazione dell'ADHD adulto (Cortese et al., 2025). In altre parole, l'ASRS è utile per individuare una probabilità aumentata di ADHD, ma non per definire da solo la complessità clinica, funzionale e longitudinale del quadro. Anche nella forma estesa a 18 item, l'ASRS mantiene infatti una struttura prevalentemente sintomatologica e frequenziale: amplia il numero di manifestazioni esplorate rispetto alla Parte A, ma non modifica sostanzialmente la logica dello strumento, che resta centrata sul "quanto spesso" il paziente riferisce determinati comportamenti o difficoltà. Per questo motivo, pur offrendo maggiori informazioni rispetto allo screener breve, l'ASRS-18 non risolve pienamente il problema della valutazione della compromissione funzionale, della storicità dei pattern e delle presentazioni meno stereotipiche dell'ADHD adulto. In questa cornice, la DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in Adults), oggi validata anche in lingua italiana, rappresenta uno strumento di ben diverso livello. Si tratta di un'intervista semi-strutturata costruita per verificare sistematicamente i criteri DSM-5 in età adulta e in età evolutiva, integrando esempi concreti e la dimensione dell'impairment. Lo studio italiano di validazione ha confermato buone proprietà di affidabilità e validità, sostenendone l'utilità come strumento diagnostico di riferimento nel setting specialistico (Di Lorenzo et al., 2025). Tuttavia, proprio perché più completa e rigorosa, la DIVA-5 richiede tempo, formazione e un contesto valutativo non compatibile con la visita ordinaria di Medicina Generale. Al Medico di Cure Primarie non si chiede quindi di somministrarla, ma di raccogliere elementi clinici che possano dialogare con essa: esempi comportamentali, continuità longitudinale dei sintomi, aree di compromissione funzionale, sospetto di comorbidità e dati anamnestici utili a orientare l'invio. Diversa è la funzione della WURS (Wender Utah Rating Scale), che mantiene un interesse storico e clinico soprattutto come strumento retrospettivo volto a esplorare la presenza di sintomi compatibili con ADHD nell'infanzia. Studi più recenti ne confermano un'accuratezza discriminativa che in alcuni campioni è superiore a quella dell'ASRS perché amplia il ventaglio dei sintomi esplorati e collega la valutazione a una prospettiva evolutiva (Brevik et al., 2020). Tuttavia, proprio la sua natura retrospettiva ne costituisce anche il limite maggiore: la scala dipende dalla memoria autobiografica dell'adulto, che può essere influenzata da disturbi

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

dell'umore, ansia, interpretazioni retrospettive e bias ricostruttivi. In medicina generale, dunque, la WURS può aumentare la plausibilità di una traiettoria neuroevolutiva, ma non può essere considerata una prova diagnostica autonoma. Inoltre, la validazione italiana disponibile risale a oltre vent'anni fa ed è ancorata a paradigmi clinici precedenti rispetto all'attuale concettualizzazione dell'ADHD lungo l'arco di vita (Fossati et al., 2001; Brevik et al., 2020). Strumenti più articolati, come il CAARS e il BAARS, consentono una descrizione più ampia dei sintomi attuali e, in parte, della disfunzione esecutiva. Tuttavia, il loro impiego come primo livello di screening in Cure Primarie presenta limiti sostanziali. Le scale di autovalutazione tendono infatti a risentire della scarsa specificità dei sintomi indagati, soprattutto nei contesti ad alta comorbidità, nei quali irrequietezza interna, distraibilità, difficoltà di concentrazione e impulsività possono essere presenti anche in disturbi depressivi, ansiosi o correlati all'uso di sostanze. La review di Ganzenmüller et al. sottolinea appunto che, pur essendo promettenti, strumenti come CAARS necessitano ancora di ulteriori studi di fattibilità e di definizione dei cut-off specifici per il contesto del *primary care*, senza poter essere considerati automaticamente superiori all'ASRS per l'uso routinario del medico di medicina generale (Ganzenmüller et al., 2024). Per certi aspetti, la WFIRS (Weiss Functional Impairment Rating Scale) risponde meglio a una delle esigenze cliniche più importanti del nostro setting, cioè la misurazione dell'impatto funzionale. Questo strumento non si limita infatti alla presenza di sintomi, ma esplora in modo sistematico i domini della vita quotidiana compromessi: famiglia, lavoro, studio, vita sociale, autostima, abilità di vita quotidiana e comportamenti a rischio. La letteratura ne riconosce buone proprietà psicometriche e una particolare utilità nel distinguere i sintomi dalle loro conseguenze funzionali, aspetto cruciale in un disturbo come l'ADHD, in cui il livello di impairment rappresenta un criterio decisivo tanto sul piano diagnostico quanto su quello terapeutico (Weiss et al., 2018; Cortese et al., 2025). Nondimeno, la lunghezza e la complessità interpretativa ne riducono la praticabilità come primo filtro routinario nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale. Applicati al setting delle Cure Primarie, tutti questi strumenti mostrano dunque criticità comuni. La prima è epidemiologica: in una popolazione non selezionata, la bassa probabilità pre-test rende inevitabile una quota non trascurabile di positività spurie. La seconda è organizzativa: i tempi brevi della visita MMG rendono scarsamente fruibili gli strumenti più lunghi o più specialistici. La terza è metodologica: molti strumenti producono una fotografia dei sintomi attuali o, al contrario, una ricostruzione retrospettiva, senza integrare in modo sufficientemente fluido i due piani in una prospettiva diacronica. Proprio per questo, le linee guida e i documenti di consenso insistono sul fatto che la diagnosi dell'ADHD adulto non può fondarsi su una scala isolata, ma richiede

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

un inquadramento clinico complessivo, con attenzione alla storia evolutiva, all'impairment e alle diagnosi differenziali (Kooij et al., 2019; NICE, 2018; Cortese et al., 2025). Un ultimo punto critico riguarda il bias di genere. Una parte rilevante degli strumenti storici è stata sviluppata o validata in campioni nei quali erano sovrarappresentati soggetti maschi con manifestazioni più esternalizzanti. La letteratura contemporanea mostra invece che nelle donne l'ADHD tende più spesso a presentarsi con disattenzione, sovraccarico cognitivo, disregolazione emotiva, strategie compensatorie e forme di masking che riducono la visibilità del disturbo e aumentano il rischio di diagnosi alternative, in particolare ansia e depressione (Young et al., 2020; Mowlem et al., 2022). Ciò implica che le scale tradizionali risultino meno sensibili proprio nei quadri femminili più compensati e meno appariscenti. Anche per questo motivo, nel setting della Medicina Generale appare ragionevole orientarsi verso una logica di screening che non si limiti al conteggio dei sintomi presenti, ma che includa domini di compromissione, continuità longitudinale e indicatori clinici coerenti con le più recenti acquisizioni sulla fenomenologia dell'ADHD adulto (Young et al., 2020; Kooij et al., 2019; Cortese et al., 2025).

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CAPITOLO 5 – 5.1 Il QRCA (Questionario di Rilevazione della Compromissione ADHD): proposta di strumento preliminare in Cure Primarie

Le configurazioni cliniche dell'ADHD adulto risultano difficilmente intercettabili mediante strumenti di screening focalizzati esclusivamente sulla frequenza dei sintomi DSM. Da questa consapevolezza deriva la necessità di affiancare agli strumenti esistenti un approccio valutativo più sensibile alle dimensioni funzionali e longitudinali del disturbo, utile a identificare pattern di compromissione clinicamente rilevanti e, soprattutto, capaci di guidare l'anamnesi, il sospetto diagnostico e l'eventuale invio a valutazione specialistica. A partire dalle evidenze già discusse nei capitoli precedenti, l'attenzione viene qui posta sulle specifiche aree di compromissione funzionale che caratterizzano l'ADHD adulto. Tali aree non rappresentano un'estensione dei descrittori fenomenologici tradizionali, ma riflettono domini di funzionamento quotidiano che risultano informativi anche per l'identificazione dei casi non riconosciuti o mascherati, soprattutto quando il quadro si presenta con sintomi meno appariscenti e più internalizzati, oppure fortemente intrecciati con condizioni comorbide. Queste aree di compromissione vengono tradotte in indicatori pragmatici, capaci di intercettare il disagio funzionale legato all'ADHD adulto ai fini di un invio informato, con particolare attenzione al modo in cui la disfunzione si è manifestata e continua a manifestarsi nel tempo. Un approccio basato sui domini di compromissione e sulla loro storicità riduce infatti il rischio di esiti interpretativi eccessivamente dipendenti dal solo autoresoconto sintomatico e risulta coerente con l'attenzione crescente, nella letteratura recente, verso il funzionamento globale, l'impairment e le presentazioni meno stereotipiche dell'ADHD adulto, anche nel contesto italiano (Cortese et al., 2025; Di Lorenzo et al., 2025). Il nodo metodologico della natura autovalutativa, nel setting delle Cure Primarie, non è facilmente superabile. Nel nostro contesto, infatti, l'autovalutazione rappresenta una necessità oltre che una scelta: consente di raccogliere informazioni in tempi compatibili con la visita e, soprattutto, di valorizzare il punto di vista soggettivo del paziente, assumendolo come elemento epistemologicamente centrale nella ricostruzione del vissuto clinico e della traiettoria biografica. Da tali premesse nasce il QRCA, inteso come proposta preliminare di rilevazione della compromissione ADHD. Lo strumento deriva dalla nostra selezione e riorganizzazione, in formato pragmatico, di domini clinici e funzionali ricorrenti nella letteratura sull'ADHD adulto e già emersi nei capitoli precedenti della tesi. Il QRCA non pretende di introdurre nuovi costrutti nosografici né di sostituire gli strumenti validati o la valutazione specialistica; si propone piuttosto come supporto orientativo, finalizzato a rendere maggiormente visibili quelle aree di compromissione che, pur essendo

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

frequentemente riportate dagli adulti con ADHD, rimangono sottorappresentate nell'ASRS. Il QRCA può dunque porsi come strumento informativo sulle red flag dell'ADHD, collocandosi in continuità con il WFIRS per la struttura basata sui domini di vita e sulla compromissione funzionale; con la DIVA-5 per la rilevazione dei pattern comportamentali specifici dell'adulto e della loro storicità; con il BAARS e il CAARS per la focalizzazione sulle funzioni esecutive, sull'autoregolazione e sulla disregolazione emotiva, con ASRS e WURS come base di partenza per la logica di screening e per l'ancoraggio retrospettivo alla fase evolutiva (Conners et al., 1999; Barkley, 2011; Kooij & Francken, 2017; Weiss et al., 2018; Kooij et al., 2019). Le aree e gli item del QRCA sono quindi ancorati a costrutti clinici e indicatori già consolidati nella letteratura sull'ADHD adulto e nella testistica specialistica di riferimento, senza riprodurne la formulazione originaria. In questo senso, lo strumento non "inventa" nuovi domini, ma traduce dimensioni già ampiamente riconosciute in un formato adatto alle Cure Primarie, collocandosi come proposta intermedia: più articolata del solo screening sintomatologico, ma più agile rispetto agli strumenti specialistici già validati. Ad esempio il CAARS, è uno strumento psicometrico strutturato di assessment, ma richiede interpretazione psicometrica, norme, licenza e formazione specifica. Il QRCA si colloca invece a monte, come proposta orientativa routinaria per le Cure Primarie, finalizzata a raccogliere red flag, storia evolutiva e compromissione funzionale. Nel primary care non serve necessariamente il test "migliore" in senso psicometrico, ma lo strumento più pragmatico e capace di orientare la raccolta anamnestica. Il tempo stimato per la compilazione, in coerenza con la letteratura specialistica sugli item autocompilati e con i tempi del setting territoriale, è di circa 6–9 minuti. Si tratta di una proposta orientativa che non dispone, allo stato attuale, di cut-off validati né di studi psicometrici che ne abbiano verificato sensibilità, specificità, struttura fattoriale o affidabilità test-retest. Per questo motivo, il suo utilizzo può essere giustificato soltanto come supporto clinico all'emersione del sospetto e come guida anamnestica, non come base autonoma per formulare diagnosi. In termini pragmatici, può essere ragionevole considerare meritevoli di approfondimento specialistico i profili con punteggi complessivi elevati o con concentrazione di risposte di maggiore gravità in più domini; per esempio, un punteggio superiore a 80/144, oppure la presenza di numerose risposte pari a 3 o 4 in almeno 2–3 domini su 6, possono essere letti come segnali orientativi di possibile rilevanza clinica. Come detto, tali soglie vanno intese come esplorative ed empiriche, clinicamente utili in attesa di eventuali future procedure di validazione. Considerata la sua funzione orientativa, l'articolazione dei domini del QRCA mira a tradurre in forma operativa alcune dimensioni clinico-funzionali ricorrenti nell'ADHD adulto. Nel dominio Formazione e apprendimento, la focalizzazione sulla continuità dello studio, sulla

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

dispersione del rendimento e sul divario tra capacità potenziali e risultati effettivi è coerente con la necessità, richiamata dai criteri diagnostici contemporanei, di ricostruire retrospettivamente la presenza di un pattern neuroevolutivo. Item come quello relativo al "rendere meno delle proprie capacità" riflettono il costrutto del potenziale inespresso, frequentemente descritto nella letteratura clinica sull'ADHD adulto. Le aree relative a funzionamento lavorativo, vita quotidiana e gestione del tempo intercettano invece più direttamente le dinamiche della disfunzione esecutiva, della difficoltà organizzativa e della cosiddetta *time blindness*, tutti aspetti che trovano corrispondenze nei repertori clinici della DIVA-5, del BAARS e nei contributi di letteratura più recenti. Nel dominio Relazioni familiari e interpersonali, gli item relativi alla conflittualità, all'impulsività verbale, alla difficoltà nella modulazione delle reazioni e alla fatica nella gestione della reciprocità relazionale si fondano su dimensioni di disregolazione emotiva e instabilità interpersonale che, pur non costituendo di per sé criteri diagnostici esclusivi, sono oggi ampiamente riconosciute come clinicamente rilevanti nei quadri adulti. Analogamente, nell'area Comportamenti a rischio e impulsività, la ricerca di stimoli intensi, la difficoltà a differire la gratificazione, la tendenza ad agire prima di riflettere o a esporsi a conseguenze evitabili si ancorano a dimensioni centrali dell'impulsività adulta, esplorate tanto nelle interviste diagnostiche quanto negli strumenti focalizzati sulla compromissione funzionale. L'area Autostima e vissuti emotivi, infine, trova una corrispondenza particolarmente chiara con il dominio del self-concept del WFIRS: item come la sensazione di "non funzionare come dovrei", cioè di funzionare costantemente al di sotto delle proprie possibilità, cercano di rendere visibile quel carico soggettivo di frustrazione, autosvalutazione e fatica adattiva che sfugge ai test puramente sintomatologici come l'ASRS. Alla luce di tali considerazioni, l'impiego del QRCA appare più convincente se inserito in un modello di screening sequenziale. Una prima fase può essere affidata all'ASRS - Parte A, già validato e di rapida compilazione, quale filtro iniziale per l'identificazione dei pazienti a rischio. La nota sovrapposizione con quadri psichiatrici comorbidi può tuttavia condizionarne la positività. Per questo motivo, qualora lo screener risultasse positivo, il QRCA potrebbe costituire un secondo livello di approfondimento qualitativo, utile ad ancorare il sospetto sintomatologico ai domini di compromissione funzionale e alla traiettoria biografica del paziente. Un modello a due passaggi di questo tipo presenterebbe almeno due vantaggi: da un lato, conserverebbe la rapidità e la standardizzazione dello screener breve; dall'altro, aggiungerebbe una raccolta strutturata di informazioni sul funzionamento reale, sulle red flag e sulle aree di disadattamento, fornendo allo specialista un quadro preliminare più ricco e potenzialmente più utile nella successiva valutazione diagnostica, riducendone la tempistica.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Proposta operativa di screening sequenziale.

Alla luce della necessità di conciliare accuratezza clinica e tempi ristretti del setting territoriale, si propone l'adozione di un protocollo di screening sequenziale in due fasi.

Fase 1 – Screening rapido (ASRS v1.1, Parte A).
Somministrazione dello screener breve composto da 6 item e completabile autonomamente dal paziente in massimo 2 minuti. Questo strumento funge da primo filtro per intercettare i profili potenzialmente a rischio.

Criterio di accesso al secondo livello.
Qualora il paziente totalizzi un punteggio uguale o superiore a 4, lo screening viene considerato positivo e suggerisce la necessità di un approfondimento qualitativo.

Fase 2 – Valutazione della compromissione (QRCA).
Nei casi risultati positivi all'ASRS, si potrebbe procedere, previa validazione, con la somministrazione del QRCA. Questo secondo passaggio permette di ancorare il sospetto sintomatologico alla reale compromissione funzionale e alla traiettoria biografica del paziente.

QRCA – Questionario di Rilevazione della Compromissione ADHD nell'adulto (>24aa)

Questo questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni sulle difficoltà funzionali e sui pattern di compromissione che possono associarsi all'ADHD nell'adulto.
Non è un test diagnostico e non sostituisce la valutazione clinica specialistica.

Istruzioni

Leggi ogni affermazione ed indica quanto ti riconosci in essa tenendo conto anche della tua esperienza scolare, adolescenziale e giovanile.

Risposta: 0 = Per nulla | 1 = Poco | 2 = In parte | 3 = Abbastanza | 4 = Molto

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Area 1 – Formazione e apprendimento

1. Ho sempre avuto difficoltà a studiare in modo costante, anche quando ero motivato/a.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
2. Mi capita di procrastinare compiti di studio o aggiornamento fino all'ultimo momento.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
3. Fatico a mantenere l'attenzione durante letture, corsi o attività di apprendimento.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
4. Ho iniziato percorsi formativi senza riuscire a completarli.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
5. Mi sento mentalmente affaticato/a dopo brevi periodi di concentrazione.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
6. Ho spesso la sensazione di rendere meno delle mie reali capacità.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Area 2 – Funzionamento lavorativo

7. Ho difficoltà a rispettare scadenze o a organizzare il lavoro in modo efficiente.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
8. Mi capita di dimenticare impegni professionali o appuntamenti importanti.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
9. Passo facilmente da un compito all'altro senza portare a termine ciò che ho iniziato.
   ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
10. Ricevo o ho ricevuto feedback negativi sulla mia organizzazione o affidabilità.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
11. Mi sento sopraffatto/a anche da carichi di lavoro moderati.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
12. Ho cambiato frequentemente lavoro, ruolo o mansione per difficoltà di adattamento.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Area 3 – Relazioni familiari e interpersonali

13. Mi capita di interrompere gli altri o di parlare impulsivamente.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
14. Ho difficoltà a gestire conflitti o frustrazioni nelle relazioni.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
15. Mi sento spesso frainteso/a o percepito/a come disattento/a dagli altri.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
16. Le mie relazioni hanno risentito della mia disorganizzazione o delle mie dimenticanze.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
17. Provo senso di colpa per non riuscire a mantenere promesse o impegni.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
18. Nella mia storia ho avuto relazioni instabili o frequentemente conflittuali.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Area 4 – Comportamenti a rischio e impulsività

19. Prendo decisioni impulsive di cui poi mi pento.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
20. Ho comportamenti poco controllati nella spesa, nella guida o in altre situazioni quotidiane.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
21. Mi capita di agire senza valutare pienamente le conseguenze.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
22. Nella mia storia ci sono stati problemi o difficoltà legati a uso di sostanze, gioco o altre condotte impulsive.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
23. Cerco spesso stimoli intensi per sentirmi attivo/a o coinvolto/a.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
24. Ho difficoltà a fermarmi quando qualcosa mi dà gratificazione immediata.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Area 5 – Vita quotidiana, tempo e finanze

25. Perdo spesso oggetti importanti, come chiavi, documenti o telefono.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
26. Arrivo frequentemente in ritardo agli appuntamenti.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
27. Ho difficoltà a gestire bollette, scadenze o pratiche amministrative.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
28. La mia casa o il mio spazio di lavoro tendono a essere disordinati.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
29. Mi sento incapace di pianificare efficacemente le attività quotidiane.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
30. Ho avuto problemi finanziari legati a scarsa organizzazione o impulsività.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Area 6 – Autostima e vissuti emotivi

31. Mi sento spesso inadeguato/a rispetto agli altri.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
32. Ho una lunga storia di frustrazione o di fallimenti percepiti.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
33. Provo ansia o tristezza legate alle mie difficoltà organizzative o alla mia inefficienza quotidiana.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
34. Mi giudico duramente per errori che continuo a ripetere.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
35. Ho sbalzi emotivi rapidi che faccio fatica a controllare.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
36. Ho la sensazione di “non funzionare come dovrei”.
    ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Spazio riservato al Medico

Uso orientativo, non diagnostico

Punteggio totale: _____ / 144

Domini con elevata compromissione: _____ / 6

Comorbilità o diagnosi differenziali da approfondire:

_____

_____

Esito orientativo:

☐ Nessun sospetto clinico rilevante

☐ Sospetto lieve

☐ Sospetto clinicamente rilevante

☐ Invio specialistico consigliato

Nota interpretativa

Il QRCA è uno strumento preliminare orientativo finalizzato a evidenziare pattern di compromissione funzionale compatibili con ADHD nell'adulto.
Non possiede, allo stato attuale, cut-off validati né può essere utilizzato come strumento diagnostico. Il suo valore consiste nell'osservazione del profilo complessivo, della distribuzione delle difficoltà nei diversi domini e della loro continuità longitudinale, specialmente se integrato con l'anamnesi clinica e con uno screening iniziale tramite ASRS.
Si colloca nel processo di costruzione di uno strumento di assessment, nella fase di definizione del costrutto e generazione degli item. La proposta richiede quindi una successiva validazione metodologica, attraverso studi su campioni adeguati e analisi delle proprietà psicometriche.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

CONCLUSIONI

Questo lavoro ha inteso tracciare un percorso che, partendo dalle recenti acquisizioni neurobiologiche e dal mutato inquadramento nosografico dell'ADHD nell'adulto, giungesse a una proposta operativa concreta per la medicina di Cure Primarie. Tale proposta mira a tradurre in forma pragmatica alcuni elementi della letteratura recente che appaiono ancora insufficientemente rappresentati nei questionari brevi quali l'ASRS. La complessità del disturbo e la sua persistenza lungo l'arco della vita, unite alle croniche criticità del sistema assistenziale italiano e al rilevante impatto socioeconomico della mancata diagnosi, impongono un cambio di paradigma che valorizzi il ruolo del Medico di Cure Primarie (DGR Lazio n. 292/2025, BUR n. 38/2025) come nodo strategico di una rete integrata, capace di superare la storica cesura tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. In quest'ottica, lo strumento QRCA è stato concepito come un lavoro in corso aperto a successivi raffinamenti e si propone come strumento orientativo con il fine di intercettare pattern di compromissione funzionale altrimenti destinati a rimanere invisibili e di migliorare l'appropriatezza degli invii. Considerati i limiti metodologici intrinseci a una proposta preliminare, il questionario si apre a sviluppi che ne garantiscano solidità clinica, a partire da una validazione pilota tramite la somministrazione a un gruppo di pazienti nel setting MMG, per valutarne la correlazione accurata con gli strumenti diagnostici di riferimento. Un ulteriore passaggio evolutivo riguarda il raffinamento degli item, in cui l'analisi dei risultati raccolti porti a una selezione degli indicatori dotati del maggior potere predittivo, con attenzione specifica alle aree più delicate e soggettive quali i vissuti emotivi e l'autostima. Parallelamente, si può ipotizzare lo sviluppo di un'integrazione digitale attraverso un'interfaccia semplificata che agevoli l'utilizzo del questionario, favorendo una raccolta dati immediata e una pre-analisi automatizzata a supporto del medico. In sintesi, il QRCA si presenta come una proposta metodologica aperta, che mira a ridurre la distanza tra la sofferenza del paziente, il sospetto del medico e la conferma specialistica. Il riconoscimento dell'ADHD adulto non ha solo valore classificatorio, ma può restituire significato a traiettorie di sofferenza, fallimenti ricorrenti e trattamenti parzialmente inefficaci, aprendo al tempo stesso la possibilità di interventi tempestivi e mirati al nucleo primario del disturbo.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

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

Agenzia Italiana del Farmaco. (2007). Autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali a base di metilfenidato. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Agenzia Italiana del Farmaco. (2023, 14 aprile). Nota informativa importante su Strattera® (atomoxetina). https://www.aifa.gov.it/-/nota-informativa-importante-su-strattera%C2%AE-atomoxetina-

Agenzia Italiana del Farmaco. (2023, 19 ottobre). Modifica PT web - Metilfenidato (ADHD). https://www.aifa.gov.it/-/modifica-pt-web-metilfenidato-adhd-

Agenzia Italiana del Farmaco. (2024, 23 dicembre). Chiusura PT web-based atomoxetina. https://www.aifa.gov.it/-/chiusura-pt-web-based-atomoxetina-1

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Appolinario, J. C., de Moraes, C. E. F., Sichieri, R., Hay, P., Faraone, S. V., & Mattos, P. (2024). Associations of adult ADHD symptoms with binge eating spectrum conditions, psychiatric and somatic comorbidity, and healthcare utilization. Brazilian Journal of Psychiatry, 46, e20243728. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3728

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. The Lancet Psychiatry, 3(6), 568–578. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3

Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. Current Medical Research and Opinion, 30(8), 1657–1672. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Atique, J., Weerawardhena, H., Climie, E. A., & Callahan, B. L. (2025). Distracted, hyperactive, and thriving: Factors supporting everyday functioning in adults with ADHD. BMC Psychiatry, 25, 418. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06804-5

Attoe, D. E., & Thompson, A. R. (2016). A systematic review of the experiences of girls and women with ADHD. Psychology of Women Quarterly, 40(2), 176–191.

Barkley, R. A. (2011). Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV). Guilford Press.

Barkley, R. A. (2018). Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved. Guilford Publications.

Barkley, R. A. (Ed.). (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). Guilford Publications.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). ADHD in adults: What the science says. Guilford Press.

Becker, S. P. (2020). ADHD and sleep: Recent advances and future directions. Current Opinion in Psychology, 34, 50–56.

Bolea-Alamañac, B., Bailey, S. J., Brauer, R., et al. (2014). Methylphenidate use in pregnancy and lactation: A systematic review of evidence. British Journal of Clinical Pharmacology, 77(1), 96–101.

Bozhilova, N. S., Michelini, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2018). *Mind wandering*

perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 92, 464–476.

Brevik, E. J., Lundervold, A. J., Haavik, J., & Posserud, M.-B. (2020). Validity and accuracy of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and the Wender Utah Rating Scale (WURS) in discriminating between adults with and without ADHD. Brain and Behavior, 10(6), e01605. https://doi.org/10.1002/brb3.1605

Chang, Z., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Sjölander, A., & Larsson, H. (2014). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: A population-based study. JAMA Psychiatry, 71(3), 319–325. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4174

Chen, C., Sun, S., Chen, R., Guo, Z., Tang, X., Chen, G., Chen, P., Tang, G., Huang, L., & Wang, Y. (2025). A multimodal neuroimaging meta-analysis of functional and structural

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 136, 111199. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111199

Coghill, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2012). Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and diagnosis of child psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(5), 469–489.

Conca, A., Marchesini, M., Daneluzzo, E., et al. (2021). Adult ADHD: A study on evaluation and treatment pathways in Italian mental health services. Rivista di Psichiatria, 56(6), 300–307.

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P. (1999). Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). Multi-Health Systems.

Cortese, S., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Franke, B., Goodman, D. W., Hartman, C. A., Larsson, H., Levin, F. R., Ostinelli, E. G., Parlatini, V., Ramos-Quiroga, J. A., Sibley, M. H., Tomlinson, A., Wilens, T. E., Wong, I. C. K., Hovén, N., Didier, J., Correll, C. U., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Evidence base, uncertainties and controversies. World Psychiatry, 24(3), 347–371. https://doi.org/10.1002/wps.21374

Daley, D., Jacobsen, R. H., Lange, A.-M. G., Sørensen, A., & Walldorf, J. (2019). The economic burden of adult attention deficit hyperactivity disorder: A sibling comparison cost analysis. European Psychiatry, 61, 41–48.

Di Lorenzo, R., Latella, E., Gualtieri, F., Adriani, A., Ferri, P., Filippini, T., & Giansanti, D. (2025). Validity of the Italian version of DIVA-5: Semi-structured diagnostic interview for ADHD in adults based on DSM-5. Healthcare, 13(3), 244. https://doi.org/10.3390/healthcare13030244

Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? JAMA Psychiatry, 73(7), 655–656. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0400

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. Molecular Psychiatry, 24(4), 562–575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nature Reviews Disease Primers, 1, Article 15020. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., et al. (2021). The World Federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C. A., Hollis, C., Newcorn, J. H., Philipsen, A., Polanczyk, G. V., Rubia, K., Sibley, M. H., & Buitelaar, J. K. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nature Reviews Disease Primers, 10, Article 11. https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Donati, D., Donini, M., Novella, L., & Maffei, C. (2001). The retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder in adults: Reliability and validity of the Italian version of the Wender Utah Rating Scale. Comprehensive Psychiatry, 42(4), 326–336. https://doi.org/10.1053/comp.2001.24584

French, B., Daley, D., Sayal, K., & Groom, M. J. (2024). The impacts associated with having ADHD: An umbrella review. Frontiers in Psychiatry, 15, 1343314. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1343314

Fu, X., Wu, W., Wu, Y., Liu, X., Liang, W., Wu, R., & Li, Y. (2025). Adult ADHD and comorbid anxiety and depressive disorders: A review of etiology and treatment. Frontiers in Psychiatry, 16, 1597559. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1597559

Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Koerts, J., Butzbach, M., Weisbrod, M., Lange, K. W., & Tucha, O. (2021). ADHD at the workplace: ADHD symptoms, diagnostic status, and work-related functioning. Journal of Neural Transmission, 128(7), 1021–1031. https://doi.org/10.1007/s00702-021-02309-z

Ganzenmüller, J. L., Ballmann, C., Wehrstedt von Nessen-Lapp, R. M., Schulze, M., Sanftenberg, L., Berger, M., & Gensichen, J. (2024). Screening tools for adult ADHD patients in primary care. Journal of Affective Disorders Reports, 17, 100800. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100800

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. Journal of Attention Disorders, 16(7), 544–552.

Gonda, X., Dome, P., Balogh, L., Baradits, M., & Réthelyi, J. M. (2026). Connecting the dots and finding the way forward: Pharmacological, neuromodulatory, and psychotherapeutic interventions for the complex treatment of adult ADHD. Pharmacology & Therapeutics, 280, 108997. https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2026.108997

Grotzinger, A. D., Werme, J., Peyrot, W. J., Frei, O., de Leeuw, C., Bicks, L. K., Guo, Q., Margolis, M., Coombes, B. J., Batzler, A., et al. (2026). Mapping the genetic landscape across 14 psychiatric disorders. Nature, 649(8096), 406–415. https://doi.org/10.1038/s41586-025-09820-3

Hartman, C. A., Larsson, H., Vos, M., Bellato, A., Libutzki, B., Solberg, B. S., et al. (2023). Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A substantive and methodological overview. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 151, 105209. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105209

Hines, J. L., King, T. S., & Curry, W. J. (2012). The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Journal of the American Board of Family Medicine, 25(6), 847–853. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.06.120065

Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2021). Annual research review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: Underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 63(4), 484–496.

Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living "in the zone": Hyperfocus in adult ADHD. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11(2), 191–208. https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y

Instanes, J. T., Klungsøyr, O., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2022). Adult ADHD and occupational outcomes: A nationwide register-based study. Journal of Attention Disorders, 26(4), 545–556.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Istituto Superiore di Sanità. (2007). Istituzione del Registro nazionale dell'ADHD: Protocollo diagnostico e terapeutico. Istituto Superiore di Sanità.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., et al. (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.

Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2017). DIVA-5: Diagnostic Interview for ADHD in adults. DIVA Foundation.

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., et al. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. European Psychiatry, 56, 14–34.

Kooij, J. J. S., de Jong, M., Agnew-Blais, J., Amoretti, S., Madsen, K. B., Barclay, I., Bölte, S., Borg Skoglund, C., Broughton, T., Carucci, S., et al. (2025). Research advances and future directions in female ADHD: The lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. Frontiers in Global Women's Health, 6, 1613628. https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1613628

Kosheleff, A. R., Mason, O., Jain, R., Koch, J., & Rubin, J. (2023). Functional impairments associated with ADHD in adulthood and the impact of pharmacological treatment. Journal of Attention Disorders, 27(7), 669–697. https://doi.org/10.1177/10870547231158572

Lee, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., et al. (2023). Economic burden of ADHD in adults: A systematic review of costs. European Psychiatry, 66(1), e24.

Liu, L., Chen, D., Huang, F., Jia, T., Cheng, W., Pan, M., Zhao, M., Bu, X., Liao, X., Wang, Y., Cao, M., Qian, Q., & Feng, J. (2024). Interference of default mode on attention networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with genetic variants and treatment outcomes. CNS Neuroscience & Therapeutics, 30(8), e14900. https://doi.org/10.1111/cns.14900

Martin, J. (2024). Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? *The Lancet Psychiatry, 11*(4), 303–310. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00010-5

Marx, I., Höpcke, C., Berger, C., Wandschneider, R., & Herpertz, S. C. (2022). Altered perceptual timing abilities in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61(2), 259–272. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.07.918

Meisinger, C., & Freuer, D. (2023). Understanding the causal relationships of ADHD with mental disorders and suicide attempt: A network Mendelian randomisation study. BMJ Mental Health, 26(1), e300642.

Merino, M., García, A., López-Bastida, J., et al. (2024). The socioeconomic burden of adult attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain. Global & Regional Health Technology Assessment, 11, 82–93.

Mette, C. (2023). Time perception in adult ADHD: Findings from a decade—a review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(4), 3098. https://doi.org/10.3390/ijerph20043098

Moukhtarian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 5, 9.

Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., et al. (2022). The female phenotype of ADHD: A review of the current evidence. Journal of Attention Disorders, 26(10), 1381–1397.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline NG87). https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

Oliva, F., Malandrone, F., Mirabella, S., Ferreri, P., Di Girolamo, G., & Maina, G. (2021). Diagnostic delay in ADHD: Duration of untreated illness and its socio-demographic and clinical predictors in a sample of adult outpatients. Early Intervention in Psychiatry, 15(4), 957–965.

Regione Lazio. (2025, 13 maggio). Deliberazione della Giunta Regionale 8 maggio 2025, n. 292: Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD). Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, 38.

Roberti, E., Daneluzzo, E., Marchesini, M., et al. (2024). Challenges in transitioning from adolescent to adult mental health services for young adults with ADHD in Italy: An observational study. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 33, e42.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Roberts, B., Eisenlohr-Moul, T., & Martel, M. M. (2018). Reproductive steroids and ADHD symptoms across the menstrual cycle., *Psychoneuroendocrinology, 88*, 105–114. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.11.015

Royal College of Psychiatrists in Scotland. (2017). ADHD in adults: Good practice guidelines. Royal College of Psychiatrists.

Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. Frontiers in Human Neuroscience, 12, Article 100. https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00100

Schein, J., Cloutier, M., Gauthier-Loiselle, M., et al. (2022). Economic burden of ADHD among adults in the United States. Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy, 28(2), 168–179.

Scoten, O., Tabi, K., Paquette, V., Carrion, P., Ryan, D., Radonjic, N. V., Whitham, E. A., & Hippman, C. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 231(1), 19–35. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.02.297

Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(Suppl. 1), i26–i31.

Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., et al. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: A population-based study of adults with ADHD. Acta Psychiatrica Scandinavica, 137(3), 176–186.

Soler-Gutiérrez, A. M., Pérez-González, J. C., & Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. PLOS ONE, 18(1), e0280131. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131

Suarez, E. A., Bateman, B. T., Hernandez-Diaz, S., et al. (2024). Prescription stimulant use during pregnancy and risk of neurodevelopmental disorders in children. JAMA Psychiatry, 81(5), 477–488. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5073

Turgay, A., Goodman, D. W., Asherson, P., et al. (2012). Lifespan persistence of ADHD: The life transition model and its application. Journal of Clinical Psychiatry, 73(2), 192–201.

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione

Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: A review of their links and risks. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15, 3115–3129.

Weiss, M. D., McBride, N. M., Craig, S., & Jensen, P. (2018). Conceptual review of measuring functional impairment: Findings from the Weiss Functional Impairment Rating Scale. Psychological Assessment, 30(6), 787–803. https://doi.org/10.1037/pas0000577

World Health Organization. (2022). International classification of diseases (11th rev.). World Health Organization. https://icd.who.int/

Yacoub, M. W., Smith, S. R., Abbas, B., Iqbal, F., Jazieh, C. M. O., Al Shaer, N. S. H., Luk, C. C.-F., & Syed, N. I. (2025). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comprehensive overview of the mechanistic insights from human studies to animal models. Cells, 14(17), 1367. https://doi.org/10.3390/cells14171367

Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., et al. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for identification and treatment. BMC Psychiatry, 20, 404.

Young, S., Asherson, P., Lloyd, T., et al. (2023). Failure of healthcare provision for attention-deficit/hyperactivity disorder in the United Kingdom: A consensus statement. Frontiers in Psychiatry, 14, 1128209.

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. Psychological Medicine, 45(2), 247–258. https://doi.org/10.1017/S0033291714000762

Zadra, E., Giupponi, G., Migliarese, G., Oliva, F., De Rossi, P., Gardellin, F., Scocco, P., Holzer, S., Venturi, V., Sale, A., Corato, A. M., Paletta, S., Portigliatti Pomeri, A., Ferreri, P., Busetto, P., Palucchini, A., De Dominicis, F., Florio, V., Bizzarri, J. V., Boschello, F., Contardi, A., Mari, L., Gubbini, S., Manzi, A., Nicolò, G., Manfredi, G., Raponi, A., Bruletti, S., Ravelli, L., Steiner, V., Danieli, A., Reibman, Y., Cerveri, G., Bondi, E., Innamorati, M., Perugi, G., Pompili, M., Mencacci, C., & Conca, A. (2020). Survey on centres and procedures for the diagnosis and treatment of adult ADHD in public services in Italy. Rivista di Psichiatria, 55(6), 355–365. https://doi.org/10.1708/3503.34894

Copyright Dr Maria Pia Tana 2026 - vietata copia e riproduzione