

# Audit clinico in neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (il caso ADHD)

**Massimo Molteni\*, Sara Trabattoni\***

\*Istituto Scientifico Eugenio Medea IRCCS – Bosisio Parini (LC)



**"Eugenio Medea"**

Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Scientifico  
Scientific Institute

ASSOCIAZIONE

**la Nostra Famiglia**  
ONLUS

# I dati del Registro: strumento di osservazione oggettiva del nostro operato

## Le domande che ci siamo posti come gruppo

### 1. Quali sono gli indicatori che ci guidano nella scelta dei trattamenti

- Farmacologico
- Psicologico
- Combinati
- altro

**Obiettivo: garantire un indirizzo omogeneo in un servizio con più operatori coinvolti**

### 2. Mancato avvio del trattamento indicato: quali motivazioni?

**Obiettivo: ridurre i drop out terapeutici**

### 3. Quali indicatori per rivalutare un trattamento?

# L'idea di una verifica interna

- **Organizzazione di un incontro di verifica finalizzato alle domande che ci eravamo poste in maniera informale, in seguito al documento inviato dai colleghi del Policlinico**
- **Costituzione di un gruppo multiprofessionale con il team di operatori coinvolti nella attività ADHD**
- **Dove ricavare i dati:**
  - **Raccolta di documentazione dai casi concreti**
  - **I dati del Registro regionale**
- **Discussione e stesura del risultato di analisi**

diagnosi



Quale trattamento??



Gli indicatori considerati

# Quale trattamento?

**La scelta del tipo di trattamento è basata su:**

**indicatori di gravità (CGI-S)**



**altri indicatori: fattori ambientali, familiari, presenza/assenza di criticità, fattori protettivi/sfavorevoli, possibilità di accesso della famiglia alle terapie.**

# CGI Severity

CGI Severity	
1 = Normale	Nessuna compromissione
2 = Lieve	Sottosoglia
3 = Medio	Minima compromissione
4 = Moderato	Compromissione moderata
5 = Marcato	Marcata compromissione
6 = Grave	Necessità di assistenza/supervisione
7 = Molto Grave	Necessità di ospedalizzazione

# CGI-S: Indicatori di gravità

## CGI-S < 4:

- ✓ counselling genitoriale e monitoraggio clinico
- ✓ Indicazioni insegnanti
- ✓ Eventuali training specifici : child training, parent training
- ✓ Non farmacologica

# CGI-S: Indicatori di gravità

## CGI-S = 4:

- ✓ **Training specifici : child training, parent training**
- ✓ **Indicazioni insegnanti**
- ✓ **Terapia psicologica individuale/counselling**
- ✓ **Eventuale terapia farmacologica in associazione**

*Se: QI <70; problemi linguistici; lontananza; comorbilità significative; non accessibilità dei genitori per caratteristiche personali che rendano problematico un trattamento di gruppo quali conflittualità, fattori psichiatrici, lontananza dal centro, difficoltà lavorative*

# CGI-S: Indicatori di gravità

## **CGI-S $\geq$ 5:**

**terapia di tipo farmacologico;**

**training psicologici specifici: parent training; child training;**

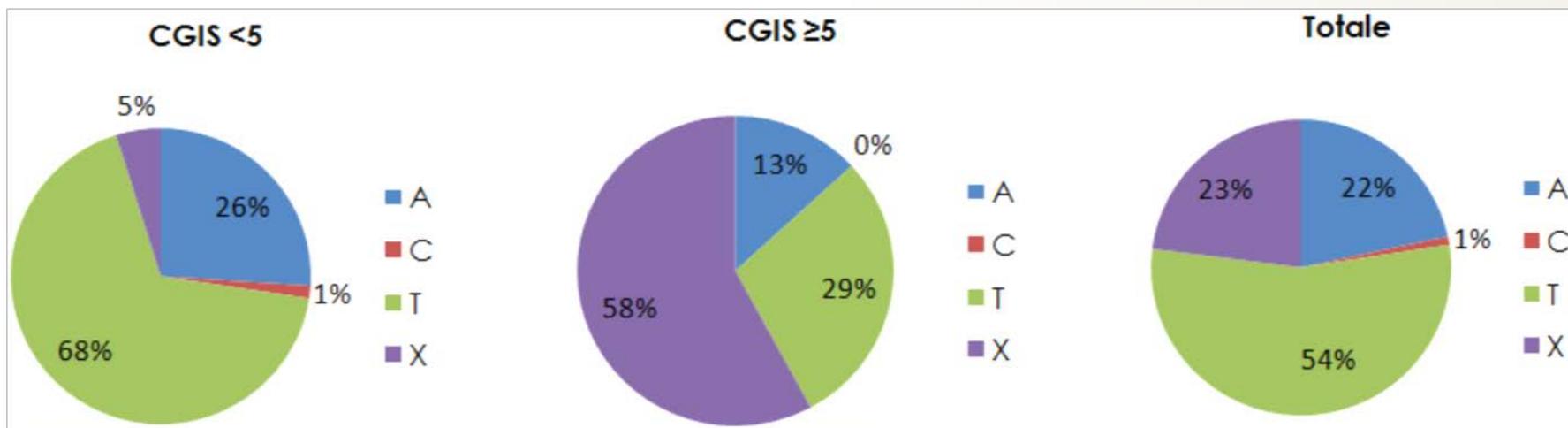
**indicazioni per insegnanti**

**counseling genitoriale/ terapia psicologica individuale per il**

**bambino/indicazioni scolastiche (per le condizioni specificate sopra)**

# CGI-S: Indicatori di gravità e trattamenti

## Prescrizione alla diagnosi



**A = Altra psicologica (escluso training e farmaci),**

**C = Counseling (da solo),**

**T = Solo training (almeno uno tra CT, PT, TT)**

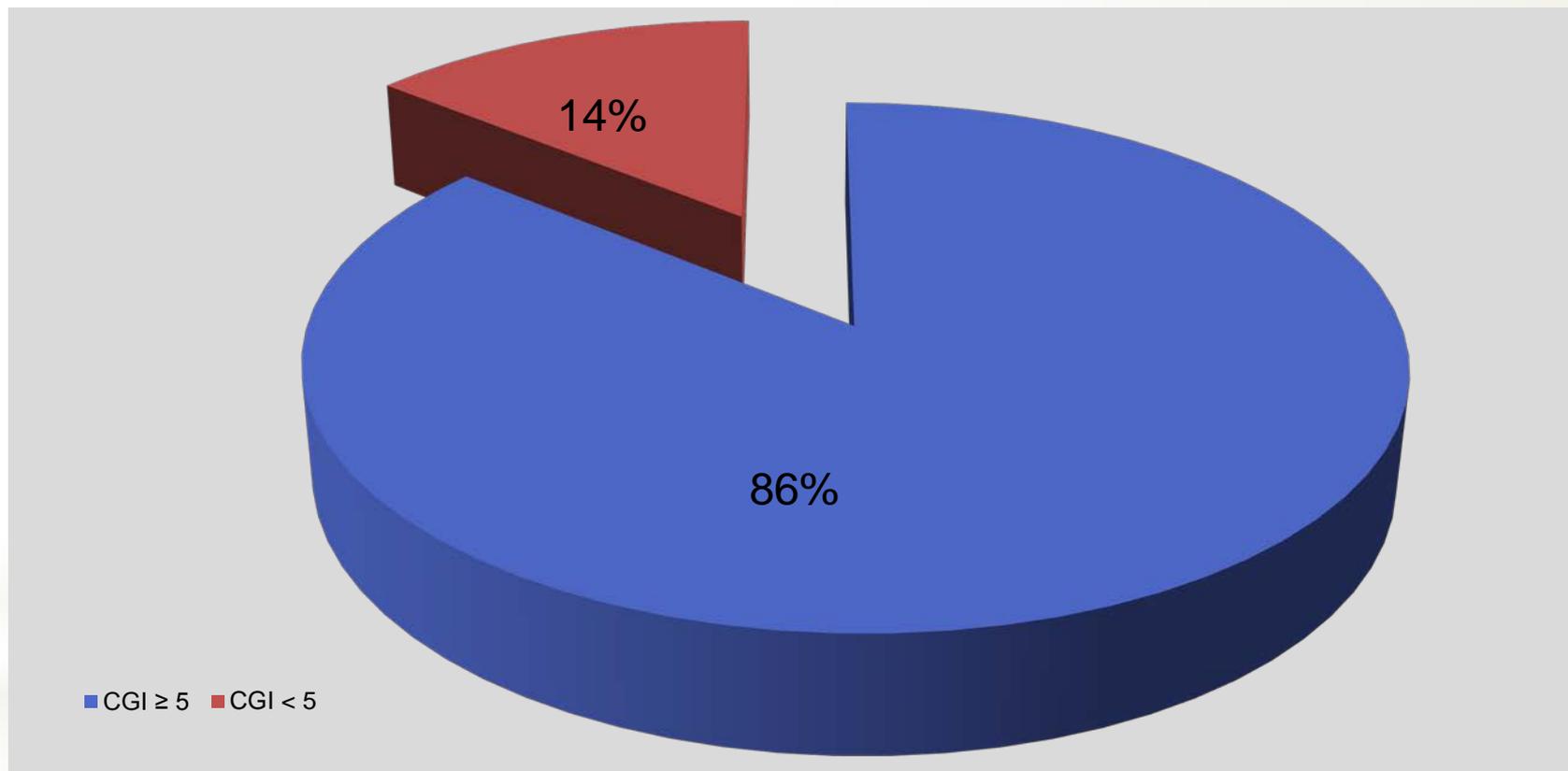
**X = Combinato (Solo farmaco oppure farmaco + training)**

# CGI-S: Indicatori di gravità e trattamenti

Caratteristiche	FARMACO NO (N=171)	FARMACO SI (N=51)	TOTALE (N=222)	p
Punteggio CGIS				
da 1 a 4	139 (81)	7 (14)	146 (66)	<0,0001
da 5 a 7	32 (19)	44 (86)	76 (34)	

**Registro ADHD Regione Lombardia**  
(aggiornamento al 22/02/2016)

# CGI-S: Indicatori di gravità alla diagnosi e farmaco



# Trattamento farmacologico: l'approccio

- ✓ iniziare a informare i genitori circa la possibilità (e, quando indicato, l'opportunità) del trattamento farmacologico sin da subito (T0), così da promuovere una conoscenza di tutte le terapie possibili e utili a prescindere dalla gravità evidenziata;
- ✓ porre particolare attenzione alla **velocità** di riduzione dei sintomi, fattore a nostro avviso da considerare soprattutto in alcuni casi (es. ragazzini più grandi con sintomi intensi più esposti a rischi e complicanze: la finestra temporale a disposizione per intervento efficace in tempo utile si riduce; bambini più piccoli nei quali si osserva l'emergenza di cicatrici del disturbo nonostante i tentativi di intervento ambientale)

# Trattamento farmacologico: Indicatori considerati

- gravità dei sintomi (CGI-S)
- necessità di intervento rapido (es. per età);
- presenza di “cicatrici” del disturbo anche in presenza di sintomi core non così gravi (es. tendenza alla deflessione del tono umorale, reattività in aumento, affaticamento significativo anche in presenza di ottime risorse cognitive ed ambientali);
- presenza di comorbilità che complicano il quadro clinico;
- scarsa compliance ambientale, familiare

# Trattamenti non farmacologici: Indicatori considerati

- presenza di criticità severe nel nucleo familiare (es. malattie psichiatriche, forte conflittualità, difficoltà cognitive o disagio sociale)

più bassa probabilità di efficacia dei training

Scelta di percorsi individualizzati

Problematiche evidenziate nel nostro centro durante il training :

- bassa compliance ai trattamenti psicologici proposti;
- maggiori drop-out in child e parent training;
- frequenza irregolare e incostante;
- difficoltà a generalizzare quanto acquisito nel child training per mancanza di supporto familiare;
- ricadute negative sul lavoro del gruppo

**Mancato avvio dei trattamenti proposti:  
quali motivazioni?**

# Trattamento farmacologico: mancato avvio

- **Non per motivi organizzativi**
- **Rifiuto da parte del genitore**

- se CGI è elevato e vi è corretta informazione: percentuale di rifiuto abbastanza bassa

- Se CGI = 4: il mancato avvio può essere più frequente

Il genitore preferisce attendere

Spesso la terapia viene poi intrapresa a distanza di qualche mese, allorché il genitore constata il permanere dei sintomi e diviene più consapevole dell'impatto che presentano sul funzionamento

(necessita spesso di tempo di riflessione e adeguata informazione).

## **Trattamenti non farmacologici: mancato avvio ai follow up a 6-12 mesi**

- **Numerosità dei pazienti in lista/numero di training specifici avviati**
- **Numerosità dei pazienti in lista/possibilità dei percorsi individuali o counselling attivabili**
- **Nei training necessità di appaiamento per fasce d'età in modo da costituire gruppi di partecipanti omogenei**
- **Mancata disponibilità dei pazienti nelle fasce orarie e nei giorni proposti: rimangono in attesa del successivo turno...**
- **Rifiuto da parte del genitore nell'immediato o successivamente**

**Rivalutazione dei trattamenti proposti:  
quando?**

# Trattamento farmacologico: quando lo rivalutiamo?

**Quando nonostante il trattamento psicologico**

**-non vi è un sostanziale miglioramento del quadro (CGI-I 4: stabile) col permanere di impatto sul funzionamento (CGI-S  $\geq$ 4)**

**-peggioramento dei sintomi core ADHD (CGI-I  $>$ 4; peggioramento CGI-S)**

**-si associano comorbidità, complicanze ambientali o familiari che rendano più difficoltosa un'adeguata gestione del bambino**

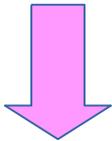


**Valutare ipotesi di inserimento trattamento farmacologico**

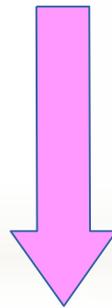
# Trattamento farmacologico: quando lo rivalutiamo?

In caso di trattamento farmacologico già avviato se:

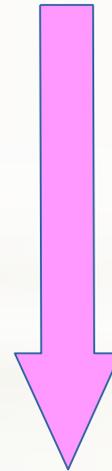
- non vi è un sostanziale miglioramento del quadro (CGI-I 4: stabile) col permanere di impatto sul funzionamento (CGI-S  $\geq 4$ )
- peggioramento dei sintomi core ADHD (CGI-I  $>4$ ; peggioramento CGI-S)



valutare fattori esterni  
(es. fattori ambientali, familiari)



riconsiderare l'appropriatezza diagnostica



valutare l'ipotesi di modificazione del trattamento farmacologico

# Trattamento non farmacologico: quando lo rivalutiamo?

**buon esito del percorso di counselling genitoriale** → diminuzione delle criticità riscontrate nel nucleo familiare (es. Diminuzione della conflittualità, attivazione di risorse di rete sociale)



**possibile attivazione del parent training**

**buona risposta del bambino al farmaco** → possibile lavoro di gruppo



**possibile attivazione di child training**

# Domande per una possibile evoluzione

- **Come rendere sistematica le modalità di una autoverifica?**
- **Come motivare al cambiamento?**
- **Come implementare quanto condiviso?**
- **Come verificare se i cambiamenti sono mediamente implementati?**
- **Come modificare il modello organizzativo, vincolato in maniera rigida da regole esterne?**
- **Come conciliare modalità operative centrate sul ragionamento clinico in un sistema «centrato» su criteri organizzativi gestionali che non contempla spazi di audit?**

**Grazie per l'attenzione**