



AUDIT CLINICO IN NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA: IL CASO ADHD

Dr. Ottaviano Martinelli

Direttore Struttura Complessa NPIA - ASST Lecco

OBIETTIVO DELL'AUDIT : PERCORSI TERAPEUTICI NELL'ADHD

Relazioni tra interventi psicoeducativi e
trattamenti farmacologici nell'Adhd



Modello organizzativo ed attività del Centro
ADHD della SC di NPIA dell'ASST di Lecco

PERCORSI TERAPEUTICI ADHD

INDICAZIONI SINPIA (2002)

- 3 Sommario : «Sebbene la più ampia gamma di possibili interventi sia auspicabile, la mancata disponibilità di interventi psicoeducativi intensivi non deve essere causa di ritardo nell'inizio della terapia farmacologica quando essa sia ritenuta utile e necessaria».
- NICE 2000 : viene raccomandato un primo intervento basato su rigorosi ed intensi approcci psicosociali (interventi comportamentali, terapia cognitiva, terapia familiare, supporto per gli insegnanti) anche se la mancata disponibilità di tali interventi non deve precludere, in via di principio, l'uso degli psicostimolanti.

PERCORSI TERAPEUTICI ADHD

INDICAZIONI SINPIA (2002)

- Terapie farmacologiche : l'intervento farmacologico sarà particolarmente efficace nel controllare i sintomi cardine dell'ADHD, ma anche l'intervento comportamentale per molti bambini può essere particolarmente utile ed efficace quale trattamento primario o aggiuntivo per il disturbo...
- 10 a raccomandazione : Prima di iniziare una terapia farmacologica è indispensabile documentare una adeguata valutazione clinica, i precedenti interventi terapeutici sia psicoeducativi che farmacologici.

PERCORSI TERAPEUTICI ADHD AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS 2011

**LA SCELTA TERAPEUTICA PRESUPPONE
IL CONSENSO DEI GENITORI E DELL'ADOLESCENTE**

- **ETA' PRESCOLARE (4-5 AA)**
primo intervento terapeutico : PT / TT
farmacoterapia possibile se PT/TT inefficaci
- **ETA' SCOLARE (6-11) ED ADOLESCENZIALE**
se possibile : PT/TT + farmacoterapia :  efficacia
oppure farmacoterapia. No PT/TT da soli

PERCORSI TERAPEUTICI ADHD: PROGETTO REGIONALE G013

NOTE INFORMATIVE PER I PEDIATRI

- Trattamento multimodale educativo, psicoterapico, farmacologico
- L'intervento di prima scelta deve prevedere approcci psico-educativi e psico-comportamentali (interventi comportamentale, terapia cognitivo-comportamentale parent training, supporto per insegnanti, teacher training)
- Non ci sono buone dimostrazioni che la terapia cognitivo-comportamentale sia efficace da sola
- La decisione di usare i farmaci deve considerare : i risultati dei precedenti interventi terapeutici, la severità dei sintomi, le risorse della comunità

STRUTTURA COMPLESSA NPIA – ASST LECCO - ATTIVITA' 2015



3 SEDI

LECCO - BELLANO – MERATE

UTENTI SEGUITI

- 3.889 PZ. VISTI NEL 2015
- DI CUI 1.094 NUOVI ACCESSI
- 6% POPOLAZIONE 0-19 AA DELLA PROVINCIA DI LECCO

PRESTAZIONI EROGATE

31.885 PRESTAZIONI DIRETTE
4.436 PRESTAZIONI INDIRETTE
944 CONSULENZE REPARTI

PROGETTI ADHD SC-NPIA LECCO

PROGETTO G013

CONDIVISIONE
PERCORSI
DIAGNOSTICI
TERAPEUTICI PER
L'ADHD IN
LOMBARDIA

PROGETTO G021

PERCORSI
TERAPEUTICI
NEL'ADHD



PROGETTI ADHD SC-NPIA LECCO

PROGETTO G013 INTERAZIENDALE

Obiettivi definitivi dal progetto in comune tra in 18 Centri ADHD regionali partecipanti

PROGETTO G021 AZIENDALE

Prevalentemente dedicato ad interventi di

- ✓ Parent – training
- ✓ Child – training
- ✓ Teacher – training
- ✓ Terapia farmacologica

PROGETTI G013 E G021 INTEGRATI E SINERGICI

PRE – AUDIT AL 31/05/2016: TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI E FARMACOLOGICI IN ATTO

Pz. del Centro ADHD di Lecco inseriti nel registro regionale	462
Pz. con diagnosi di ADHD seguiti dal Centro ADHD di Lecco	199
Rapporto pz. con diagnosi ADHD / Pz. totali inseriti	43 %
Pz. con trattamento farmacologico	11 (5,5 %)

FOCUS AUDIT :
TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI (TPE) E
TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NEL CENTRO ADHD
DEL SERVIZIO NPJA DELL'ASST DI LECCO

PRE – AUDIT : INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Relazioni tra trattamenti psicoeducativi (TPE) e trattamenti farmacologici (TF)



TF proposto dopo almeno un percorso di TPE (PT e/o TT e/o CT) risultato inefficace

PRE – AUDIT

PZ. SEGUITI DAL CENTRO ADHD

ANNO	TOTALE ACCESSI	DI CUI CON ADHD
2012	100	53
2013	115	45
2014	108	46
2015	99	50
2012 - 2015	422	194 (46%)

Fonte : dati registro regionale adhd

PRE – AUDIT

ANNO 2015 : TPE IN ATTO

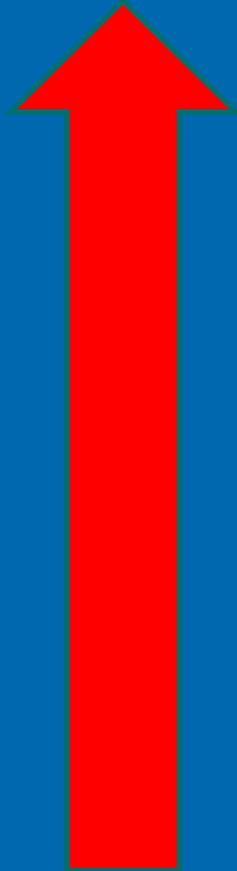
	G013	G021	TOTALE
Pz. in contatto nel 2015 con il progetto	68	111	179
: di cui con diagnosi di adhd	45	85	130
: di cui nuovi contatti 2015	44	51	95
: di cui con < 10 contatti	68	54	122
: di cui TPE (> 10 contatti nel 2015).	0	57	57
Rapporto pz. con diagnosi adhd / Pz. in contatto nel 2015 con il progetto		72,6 %	
Rapporto nuovi contatti 2015 / contatti totali 2015		53 %	
Pazienti con TPE (> 10 contatti) 2015 / Pz con ADHD in attesa di TPE		43,8 %	

PRE-AUDIT 2015

TPE EROGATI ANNI 2014 – 2015

TPE EROGATA	2014	2015
PARENT TRAINING		
• Cicli organizzati	6	7
• Utenti NPIA seguiti nel PT	58	62
• Rapporto utenti NPIA / cicli PT	9.6	8.8
TEACHER TRAINING		
• Cicli organizzati	6	8
• Utenti NPIA seguiti nel TT	46	53
• Rapporto utenti NPIA / cicli TT	7.6	6.6
CHILD TRAINING		
• Cicli organizzati	13	13
• Utenti NPIA seguiti nel CT	45	44
• Rapporto utenti NPIA / cicli CT	3.4	3.3

PRE-AUDIT : PERIODO 2012-2015



PZ. IN CARICO

DIAGNOSI

RICHIESTE DI

TRATTAMENTI

PSICOEDUCATIVI

PRE-AUDIT : PERIODO 2012 - 2015



OPERATORI STABILI

**TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI
STABILI**

AUDIT GIUGNO 2016: REVISIONE INDICAZIONI TRATTAMENTO

TF proposto dopo almeno un ciclo di TPE
(PT/TT/CT) risultato inefficace



Impossibilità di erogare un TPE a tutti i pazienti



REVISIONE MODELLO DI LAVORO
tenendo conto in particolare della gravità
clinica valutata con CGI-S e CGI-I

AUDIT GIUGNO 2016

**199 PZ. INSERITI NEL REGISTRO CON
DIAGNOSI DI ADHD**



**11 PZ CON TRATTAMENTO
FARMACOLOGICO (TF) DI CUI:**

- 4 pz. con TF senza CGI
- 3 pz. con TF con CGI=5 del 2015
- 4 pz. con TF dal 01/01 al 31/05/16 con CGI=5



AUDIT GIUGNO 2016

RAPPORTO CGI ≥ 4 E TPE ESEGUITI

PAZIENTI VALUTATI CON CGI DAL 01/01/2015 AL 31/05/2016		
	CGI = 4	CGI ≥ 5
65 Pz. valutati con CGI ≥ 4	46	19
42 Pz. (64,6%) con almeno un TPE eseguito	30	12
: di cui in trattamento farmacologico	0	4
23 Pz. (35,3%) senza TPE	16	7
: di cui in trattamento farmacologico	1*	2**
NEI CASI CON CGI ≥ 4 : % MAGGIORE DI PZ. TRATTATI CON TPE (64,6 %). MA 35,3 % NON RICEVE TPE		
* pz. con ritardo mentale		
** avvio di TF in pz. senza TPE		

AUDIT GIUGNO 2016: CGI CRITICHE E TPE ESEGUITI

PAZIENTI VALUTATI CON CGI DAL 01/01/2015 AL 31/05/2016		
	CGI = 4	CGI ≥ 5
65 Pz. valutati con CGI ≥ 4	46	19
42 Pz. (64,6%) con almeno un TPE eseguito	30	12
: di cui in trattamento farmacologico	0	4
: di cui senza trattamento farmacologico	30	8
• 30 pz. con CGI = 4 senza TF di cui in particolare 11 pz. < 6 aa con TPE multimodale		
• 8 pz. con CGI ≥ 5 senza TF così disaggregati : 3 in discussione per inserimento di TF ; 2 con rifiuto della TF da parte dei genitori; 1 con invio ad altro Centro; 1 con epilessia farmaco-resistente e TF controindicata; 1 senza TF per rivalutazione contesto familiare		
PZ CON CGI=4 NON PASSANO A TF		
PZ CON CGI ≥ 5 : 4 PASSANO A TF; 8 NON PASSANO A TF PER I MOTIVI RIPORTATI SOPRA		

AUDIT GIUGNO 2016

CGI CRITICHE E TPE NON ESEGUITI

PAZIENTI VALUTATI CON CGI DAL 01/01/2015 AL 31/05/2016

	CGI = 4	CGI ≥ 5
65 Pz. valutati con CGI = > 4	46	19
23 Pz (35,3%) senza avvio di TPE : di cui in attesa di TPE	16 12	7 2 TF
: di cui non c'è indicazione TPE Motivazioni : 3 invii ad altri Centri ADHD, 3 TPE non proponibile per contesto familiare, 3 pz. con ritardo mentale	4 di cui 1 in TF	5

SOLO 2 PZ. CON CGI ≥ 5 RIMANGONO IN ATTESA DI TPE:

- ✓ DARE PRIORITA' AGLI INTERVENTI DI TPE ANCHE PER I PAZIENTI CON CGI ≥ 4
- ✓ INTERVENTO COMBINATO E PRIORITARIO NEI PZ. CON CGI ≥ 5 : TF + TPE

PER I PAZIENTI PER CUI NON C'E' INDICAZIONE ALLA TPE INIZIARE TF

GARANTIRE LA CONTINUITA' DELLE CURE NELL'INVIO AD ALTRI CENTRI

AUDIT GIUGNO 2016: PUNTI DI FORZA E CRITICITA'

42 PZ CON CGI \geq 4 CON TPE ESEGUITA	23 PZ CON CGI \geq 4 CON TPE NON ESEGUITA
<ul style="list-style-type: none">➤ Valutazione degli esiti TPE e conseguente avvio o attesa per TF (3 pz. in attesa)➤ Priorità ai trattamenti precoci multimodale in età prescolare➤ Ottima compliance ai TPE proposti	<ul style="list-style-type: none">➤ Priorità agli interventi di TPE nei pz. con CGI \geq 5 (entro 2 mesi) e/o trattamenti combinati TPE + TF a T0. Estensione dell'indicazione a pz. con CGI 4➤ Approfondire la mancanza di indicazioni alla TPE e, se confermate, proporre TF a T0➤ Assicurare la continuità delle cure negli invii ad altri Centri o alla maggior età

AUDIT GIUGNO 2016 : CRITICITA' VALUTAZIONE DEI TPE ESEGUITI

- CGI-S in entrata; CGI-I dopo TPE :
LIMITI INTRINSECI DELLE SCALE CGI
- Diverse scale di rivalutazione dei trattamenti diversificate per PT (SDAG), CT (Conners') e TT (AICA, Conners')
- Conners' ai genitori pre- e post- TPE :
LIMITI CORRELATI ALLE ASPETTATIVE PARENTALI
- Rivalutazione neuropsicologica di componenti deficitarie:
POSSIBILE IN CASI SPECIFICI CON PREGRESSA
VALUTAZIONE ALL'INGRESSO
- NUOVI MODELLI VALUTATIVI : CANS / TCOM A PARTIRE DAI
CASI PIU' COMPLESSI (CGI 4; CGI 5)

AUDIT GIUGNO 2016 : UN ESEMPIO DI VALUTAZIONE DEI TPE

INTERVENTI DI TPE MULTIMODALI
IN ETA' PRE-SCOLARE

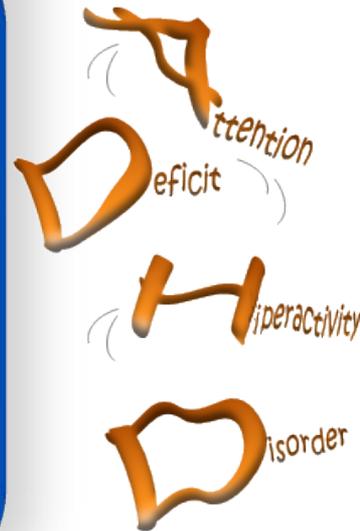




Christo The Floating Piers - Lake Iseo - June 2016

Milano, 26 ottobre 2016

ADHD IN ETÀ PRESCOLARE: percorsi terapeutici di gruppo



PROGETTO PILOTA

Gruppo ADHD Lecco





Progetto Pilota di intervento multimodale Prescolari

1. CHILD TRAINING

(integrazione tra modello psicomotorio e
psicologico cognitivo-comportamentale)

BAMBINO
(child
training)

2. PARENT TRAINING

FAMIGLIA
(parent
training)

3. TEACHER TRAINING

SCUOLA
(teacher
training)



VALUTAZIONE pre training

SINTOMI ADHD E RISULTATI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI

Scale Conners'

Versione genitori e insegnanti

Valutazione cognitiva

WIPPSI III → QVP (cifrario + ricerca di simboli)

Valutazione neuropsicologica

NEPSY II → modulo attenzione e funzioni esecutive

Valutazione psicomotoria

- APCM (abilità prassiche e coordinazione motoria)
- schema corporeo
- TPV (percezione visiva)
- TCR (concetti spaziale e temporale)



SOGGETTI coinvolti

CHILD TRAINING: 13 bambini in 3 gruppi (12M, 1F; 4-6 anni)

1° CICLO	2° CICLO	3° CICLO
13	8	1
No restituzione Conners' post CT in 1 caso	No restituzione Conner's post CT in 1 caso	Drop-out al 7° incontro per gravi problemi di salute madre

PARENT TRAINING:

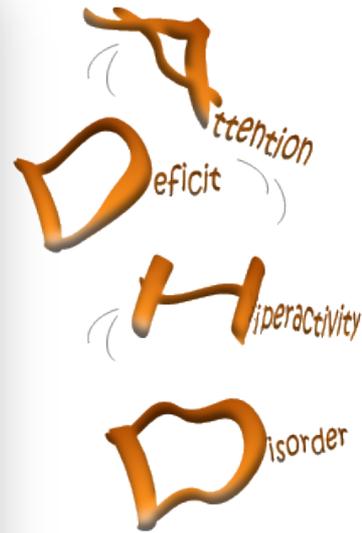
N° COPPIE DI GENITORI
11
No restituzione questionari post PT in 2 casi

TEACHER TRAINING:

N° INSEGNANTI/N° BAMBINI
13 insegnanti/7 bambini

RISULTATI

del progetto pilota





T0 =
pre - training



T0: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI AL T₀ (N = 13, pre child training)

SOTTOSCALA	T0	
	M	SD
A. Oppositività	<u>72.69</u>	18.22
<i>B. Problemi cognitivi/Disattenzione</i>	<i>68.54</i>	14.65
C. Iperattività	<u>75.15</u>	10.82
D. Ansia-timidezza	45.15	10.43
E. Perfezionismo	53.31	11.32
F. Problemi sociali	54.15	11.06
G. Problemi psico-somatici	49.85	8.58
H. Indice ADHD	<u>77.62</u>	7.08
I. CGI (I-I)	<u>76.92</u>	9.17
J. CGI (I-E)	63.85	14.00
K. CGI (T)	<u>75.92</u>	10.44
L. DSM-IV (D)	<u>72.31</u>	7.43
M. DSM-IV (I-I)	<u>73.85</u>	9.35
N. DSM-IV (T)	<u>75.38</u>	7.61

 **PUNTEGGI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI IN GRASSETTO (T > 70)**

 **PUNTEGGI NELLA FASCIA BORDER IN CORSIVO (65 < T < 70)**



T₀: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

MEDIE E FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO IPDDAG AL T₀ (N = 11, pre parent training)

SOTTOSCALA	M	SD	RANGE NORMOTIPICO		RICHIESTA DI ATTENZIONE		RICHIESTA DI INTERVENTO	
			N.	%	N.	%	N.	%
A. Disattenzione	<u>10,55 (RA)</u>	2,97	1	9.1	5	45.5	<u>5</u>	45.5
B. Iperattività-Impulsività	<u>14,45 (RI)</u>	2,84	1	9.1	2	18.2	<u>8</u>	72.7

 RICHIESTA DI INTERVENTO  RICHIESTA DI ATTENZIONE  RANGE NORMOTIPICO



T0: senso di competenza genitori

FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO SENSO DI COMPETENZA DEI GENITORI AL T₀ (N = 11, pre parent training)

PADRI

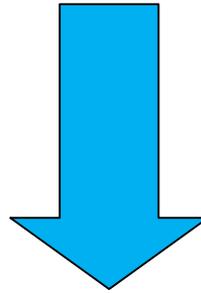
SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	36.27 (suff.)	5.27	1	9.1	0	0.0	5	45.5	3	27.3	2	18.2
Efficacia	23.64 (suff.)	4.96	1	9.1	3	27.3	3	27.3	2	18.2	2	18.2

MADRI

SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	36.09 (suff.)	5.31	1	9.1	3	27.3	3	27.3	3	27.3	1	9.1
Efficacia	24.00 (suff.)	4.51	1	9.1	3	27.3	3	27.3	4	36.4	0	00.0



RIFLESSIONI AL TO



1. MAGGIOR IPERATTIVITÀ-IMPULSIVITÀ RISPETTO ALLA DISATTENZIONE (sebbene entrambe presenti)

2. SCARSO RISPETTO DELLE REGOLE E OPPOSITIVITÀ

3. SENSO DI COMPETENZA GENITORIALE PERCEPITO COME SUFFICIENTE (sia dai padri che dalle madri) →
PUNTO DI FORZA!



T1 =

post primo ciclo CT e PT



T1: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

CONFRONTO T0 E T1 (post 1° CT e PT), IN RELAZIONE AI PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI

SOTTOSCALA	T0		T1		t	p-value
	M	SD	M	SD		
A. Oppositività	72.69	18.22	64.58	16.97	1.14	.261
B. Problemi cognitivi	68.54	14.65	62.92	11.50	1.07	.295
C. Iperattività	75.15	10.82	67.83	13.05	1.53	.143
D. Ansia-timidezza	45.15	10.43	48.08	9.48	-0.73	.469
E. Perfezionismo	53.31	11.32	46.92	9.21	1.53	.134
F. Problemi sociali	54.15	11.06	52.58	11.38	0.35	.730
G. Problemi psico-somatici	49.85	8.58	47.75	6.64	0.67	.500
H. Indice ADHD	77.62	7.08	70.42	10.66	2.00	.064
I. CGI (I-I)	76.92	9.17	67.58	13.00	2.08	.053
J. CGI (I-E)	63.85	14.00	60.08	18.02	0.58	.568
K. CGI (T)	75.92	10.44	67.25	15.28	1.66	.117
L. DSM-IV (D)	72.31	7.43	66.25	9.61	1.77	.094
M. DSM-IV (I-I)	73.85	9.35	68.58	9.83	1.37	.185
N. DSM-IV (T)	75.38	7.61	69.00	10.09	1.79	.091

DIFFERENZE TRA MEDIE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE MEDIANTE T-TEST

■ CLINICO ■ BORDER ■ NORMA

UNA COPPIA DI GENITORI NON HA RESTITUITO IL QUESTIONARIO

* $p \leq 0.05$

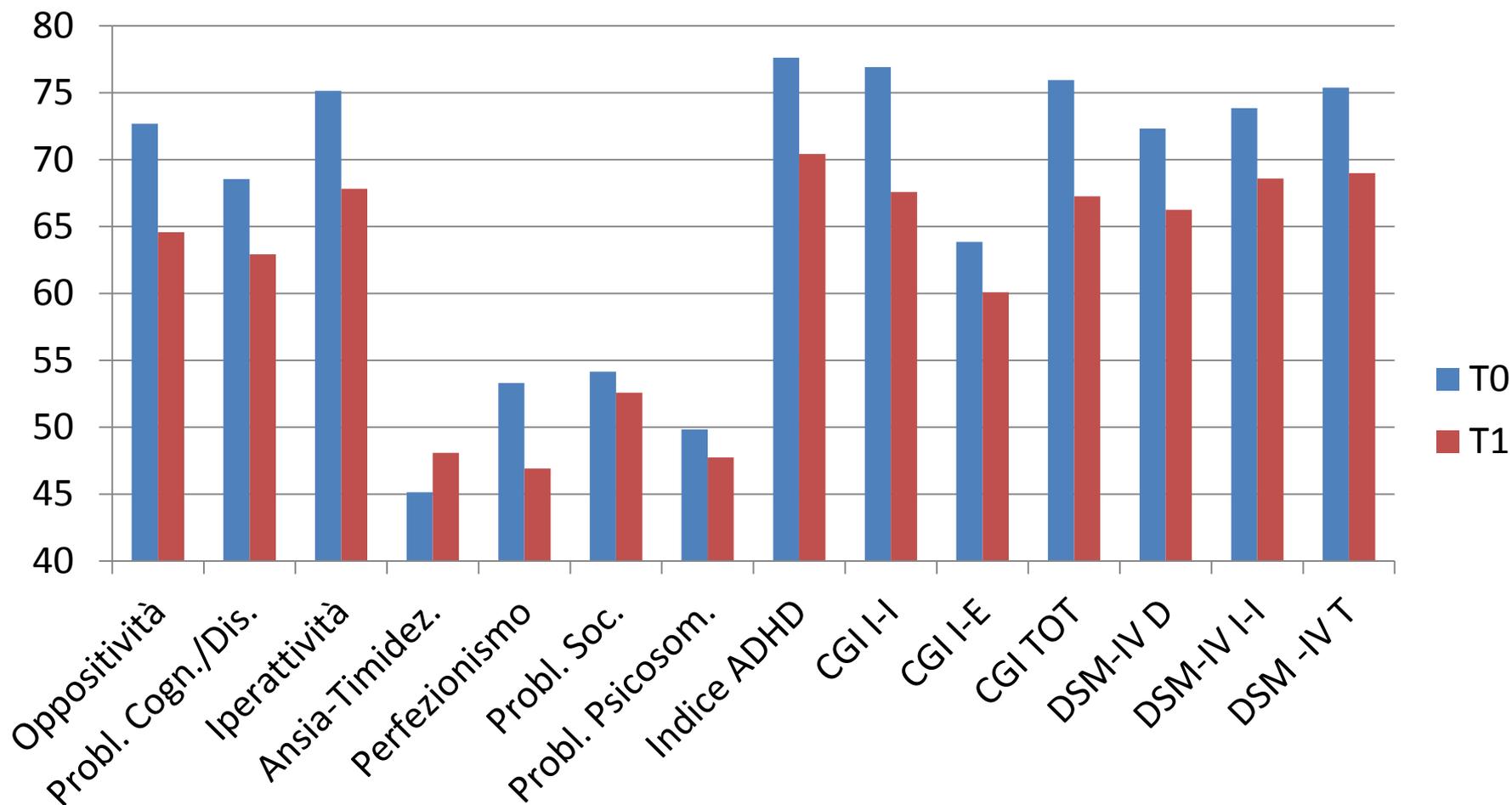
** $p \leq 0.01$

*** $p \leq 0.001$



T2: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

CONFRONTO T0 E T1 (post 1° CT e PT), IN RELAZIONE AI PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI





T1: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO IPDDAG

T₀

SOTTOSCALA	M	SD	RANGE NORMOTIPICO		RICHIESTA DI ATTENZIONE		RICHIESTA DI INTERVENTO	
			N.	%	N.	%	N.	%
A. Disattenzione	10,55 (RA)	2,97	1	9.1	5	45.5	5	45.5
A. Iperattività-Impulsività	14,45 (RI)	2,84	1	9.1	2	18.2	8	72.7

T₁, post 1° CT e PT

SOTTOSCALA	M	SD	RANGE NORMOTIPICO		RICHIESTA DI ATTENZIONE		RICHIESTA DI INTERVENTO	
			N.	%	N.	%	N.	%
A. Disattenzione	7,44 (N) *	2,35	6	66.6	2	22.2	1	11.2
B. Iperattività-Impulsività	11,33 (RA)	4,63	3	33.3	2	22.2	4	44.5

■ RICHIESTA DI INTERVENTO
 ■ RICHIESTA DI ATTENZIONE
 ■ RANGE NORMOTIPICO

DIFFERENZA TRA MEDIE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA MEDIANTE T TEST * P ≤ 0.05

** P ≤ 0.01

*** p ≤ 0.001

2 COPPIE NON HANNO RESTITUITO IL QUESTIONARIO AL T1



T1: senso di competenza padre

FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO SENSO DI COMPETENZA DEI PADRI AL T₀ E AL T₁

T₀

SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	<u>36.27 (suff.)</u>	5.27	1	9.1	0	0.0	5	45.5	3	27.3	2	18.2
Efficacia	<u>23.64 (suff.)</u>	4.96	1	9.1	3	27.3	3	27.3	2	18.2	2	18.2

T₁

SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	<u>39.33 (suff.)</u>	7.53	2	22.2	2	22.2	1	11.1	3	33.3	1	11.2
Efficacia	<u>26.67 (buono)</u>	3.93	1	11.1	4	44.4	3	33.3	1	11.2	0	00.0

- 2 PADRI NON HANNO RESTITUITO IL QUESTIONARIO



T1: senso di competenza madre

FREQUENZE RELATIVE ALLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO SENSO DI COMPETENZA DELLE MADRI AL T₀ E AL T₁

T₀

SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	<u>36.09 (suff.)</u>	5.31	1	9.1	3	27.3	3	27.3	3	27.3	1	9.1
Efficacia	<u>24.00 (suff.)</u>	4.51	1	9.1	3	27.3	3	27.3	4	36.4	0	00.0

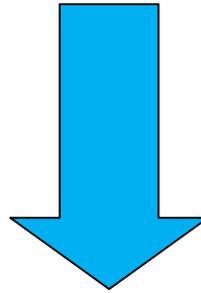
T₁

SOTTOSCALA	M	SD	OTTIMO		BUONO		SUFF.		PROBLEM.		INADEGUATO	
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Soddisfazione	<u>39.89 (buono)</u>	6.95	3	33.2	3	33.2	1	11.2	1	11.2	1	11.2
Efficacia	<u>26.33 (buono)</u>	4.24	1	11.2	3	33.2	5	55.6	0	00.0	0	00.0

• 2 MADRI NON HANNO RESTITUITO IL QUESTIONARIO



RIFLESSIONI AL T1



1. IL CAMPIONE ESIGUO E L'ELEVATA SD NON PERMETTONO DI EVIDENZIARE DIFFERENZE TRA MEDIE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVE, SEBBENE SI EVIDENZI UNA RIDUZIONE DEI PUNTEGGI IN TUTTE LE SOTTOSCALE CHE MISURANO DISATTENZIONE E IPERATTIVITÀ-IMPULSIVITÀ (anche riduzione oppositività)

2. AUMENTA IL SENSO DI COMPETENZA GENITORIALE (soprattutto nelle madri)



T2 =

post secondo ciclo CT e TT



T2: comportamenti Disattentivi e Iperattivo-Impulsivi

CONFRONTO T0, T1 E T2 (post 2° CT e TT), IN RELAZIONE AI PUNTEGGI T MEDI DELLE SOTTOSCALE DEL QUESTIONARIO CONNERS' VERSIONE GENITORI

ANCHE IN QUESTO CASO NON SI EVIDENZIANO DIFFERENZE TRA MEDIE STATISTICAMENTE SINGNIFICATIVE (né tra T0 e T2, né tra T1 e T2); il campione risulta essere ancora più esiguo (solo 8 bambini su 13 hanno effettuato il secondo ciclo di CT e, per di più, i genitori di uno di questi non hanno riconsegnato il questionario)

MA ...

I PUNTEGGI NELLE SOTTOSCALE CHE MISURANO DISATTENZIONE, IPERATTIVITÀ-IMPULSIVITÀ E OPPOSITIVITÀ CONTINUANO A COLLOCARSI NELLA FASCIA BORDER (anziché clinica)



T2: percezione insegnanti

- **IN 2 CASI SU 7 SEGNALATI NETTI MIGLIORAMENTI NEI BAMBINI** (MAGGIOR ATTENZIONE E MINOR IPERATTIVITÀ-IMPULSIVITÀ)
N.B. GLI ALTRI 5 CASI RIGUARDAVANO BAMBINI CON MAGGIORI DIFFICOLTÀ
- **SEGNALATI ANCHE ALTRI COMPORTAMENTI NON PRETTAMENTE ADHD** (ad es. masturbazione in classe, disagio emotivo, difficoltà di apprendimento) **PER BISOGNO DI CONFRONTARSI SULLA LORO GESTIONE**
- **NELLA SCHEDA OPERATIVA FINALE “CHE COSA PENSO DEL MIO ALUNNO” SONO STATI RIPORTATI ANCHE I PUNTI DI FORZA DELL’ALUNNO** (a differenza della “carta d’identità” compilata in fase iniziale) **E GLI ANTECEDENTI DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA**
- **NELLA SCHEDA OPERATIVA FINALE “CHE COSA PENSO DELLA MIA COMPETENZA COME INSEGNANTE” SONO STATE RIPORTATE LE STRATEGIE APPRESE; LA MEDIA DEI DOCENTI SI È VALUTATA COME “ABBASTANZA COMPETENTE”**
- **ELEVATO COINVOLGIMENTO DURANTE GLI INCONTRI E MOTIVAZIONE; RIFERISCONO L’UTILITÀ DEL POTERSI CONFRONTARE CON GLI SPECIALISTI**



T3 = post terzo ciclo CT

**SOLO IN UN BAMBINO HA EFFETTUATO ANCHE IL TERZO CICLO DI CT,
CHE TUTTAVIA HA INTERROTTO DOPO IL 7° INCONTRO A CAUSA DI GRAVI
PROBLEMI DI SALUTE DELLA MADRE**



ESITI POST TRAINING

ESITO POST TRAINING	N° BAMBINI (%)
Per il momento conclusione training per Adhd (per miglioramento quadro clinico), ma rivalutazione con visita NPI a distanza	8/13 (61,5%)
Necessità di ulteriori trattamenti per Adhd	5/13 (38,5%) -per 2 valutare se CT e/o TF per Adhd (in un caso attuato intervento educativo domiciliare e scolastico) - per 3 prioritari altri interventi (già in corso): <ul style="list-style-type: none">*psicomotricità individuale*logopedia*supporto psicologico (morte padre) al termine dei quali rivalutare Adhd



RIFLESSIONI CONCLUSIVE

ETÀ PRESCOLARE

- ✓ Proficua collaborazione tra due distinte professionalità
- ✓ Dati incoraggianti, ma necessario ampliamento del campione (è in corso il trattamento di 8 bambini e dei rispettivi genitori)
- ✓ Maggior efficacia per partecipazione costante da parte di entrambi i genitori al PT
- ✓ Importanza di un'identificazione precoce e di un trattamento multimodale tempestivo, con PT e TT in parallelo al CT
- ✓ Importanza rivalutazione post-training (questionari) e a distanza (neuropsicologica)



Grazie dell'attenzione