

Dove ci stanno portando gli audit: criticità e punti di forza



Perché scegliere l'audit come linea portante della formazione?

- La pratica clinica è diversa dalla ricerca
- I PDTA sono diversi dalle linee guida
- I pazienti reali sono (molto) diversi da quelli degli studi
- Quello che facciamo è diverso da quello che abbiamo concordato di fare
- La nostra percezione di quello che abbiamo fatto è diversa da quello che abbiamo fatto veramente
- I motivi delle scelte spesso restano impliciti e non riescono a diventare informazioni condivise e utili per tutti
- L'esperienza dei clinici è bussola preziosa per la riflessione

ci serviva un metodo sistematico
che potesse aiutare il confronto a partire dai dati

Cosa abbiamo fatto fin qui?

- Audit Farmacoterapia
- Audit Child training
- Audit Parent training
- Audit Teacher training

Cosa abbiamo fatto fin qui?

- Farmacoterapia

Era già stato condiviso e formalizzato un criterio per la prescrizione (CGI >4)

Il criterio non includeva elementi di dettaglio relativi alla stratificazione dei pazienti

Era possibile identificare uno standard di riferimento per il criterio, a partire dalle LG e dalla letteratura

Non erano stati formalizzati criteri per

- Dosaggio
- Monitoraggio
- Rivalutazione
- Sospensione

La maggior parte delle informazioni relative al percorso farmacologico e alle variabili connesse erano presenti nel registro

Audit farmacologico

E' stato possibile effettuare

- un campionamento casuale
- su un numero rilevante di casi (103 in terapia farmacologica)
- stratificati per classe di gravità attraverso la CGI-S
- appaiare ciascun caso con un controllo non in terapia farmacologica con caratteristiche simili
- distribuiti sui diversi centri in base alla numerosità della casistica di ciascuno
- identificare le motivazioni prevalenti degli scostamenti
- individuare per ciascuna delle situazioni tipo da presentare e discutere
- individuare delle strategie di miglioramento

AUDIT CLINICO: Appropriatelyzza della terapia farmacologica

NUMERO DI CASI TOTALI

Distribuzione dei pazienti non omogenea per classe di CGI-S



10% DI PAZIENTI PER OGNI CLASSE DI CGI-S

Classe 1: CGI-S = 1-3

N=538 → 10% → 54 → di cui **27 casi** e 27 controlli

Classe 2: CGI-S = 4

N=868 → 10% → 86 → di cui **43 casi** e 43 controlli

Classe 3: CGI-S = 5-7

N=665 → 10% → 66 → di cui **33 casi** e 33 controlli



È stato deciso di selezionare **103** casi

AUDIT CLINICO: Appropriatelyzza della terapia farmacologica

NUMERO DI CASI PER CENTRO

Centro	CGIS 1-3			CGIS 4			CGIS 5-7			Totale			Casi per CdR
	Farmaco	Totale	%	Farmaco	Totale	%	Farmaco	Totale	%	Farmaco	Totale	%	
Bergamo	0	14	-	0	73	-	13	116	11,2	13	203	6,4	5
Bosisio Parini	3	57	5,3	8	127	6,3	67	103	65,0	78	287	27,2	11
Brescia	1	35	2,9	5	63	7,9	4	7	57,1	10	105	9,5	10
Como	0	19	-	1	30	3,3	2	24	8,3	3	73	4,1	3
Cremona	0	10	-	2	54	3,7	4	19	21,1	6	83	7,2	-
Fatebenefratelli	1	20	5,0	1	24	4,2	9	36	25,0	11	80	13,8	3
Garbagnate	0	78	-	3	71	4,2	1	11	9,1	4	160	2,5	4
Lecco	0	76	-	1	116	0,9	10	49	20,4	11	241	4,6	6
Legnano	0	17	-	0	42	-	1	23	4,3	1	82	1,2	1
Lodi	0	35	-	0	51	-	12	70	17,1	12	156	7,7	5
Mantova	2	27	7,4	3	23	13,0	1	8	12,5	6	58	10,3	6
Mondino	7	24	29,2	15	35	42,9	17	27	63,0	39	86	45,3	14
Niguarda*	0	2	-	0	1	-	2	2	100	2	5	40,0	0
Policlinico	0	14	-	0	17	-	2	16	12,5	2	47	4,3	2
San Paolo	1	45	2,2	13	83	15,7	61	104	58,7	75	232	32,3	14
Sondrio	1	29	3,4	0	7	-	3	5	60,0	4	41	9,8	4
Vallecarnonica	6	13	46,2	4	7	57,1	2	2	100	12	22	54,5	-
Varese	15	23	65,2	16	44	36,4	30	43	69,8	61	110	55,5	15
Totale	37	538	6,9	72	868	8,3	241	665	36,2	350	2071	16,9	
Casi totali	27			43			33						103

AUDIT CLINICO: Appropriatelyzza della terapia farmacologica

SELEZIONE DEI CONTROLLI

Ai fini di un appropriata analisi dei dati e successiva discussione, per ogni caso è stato selezionato in modo casuale un controllo tra i pazienti dello stesso Centro con caratteristiche clinico-anamnestiche simili ma con indicazione di trattamento differente.



52 variabili cliniche da Registro

DIAGNOSI: Sottotipo di ADHD

COMORBILITÀ: Disturbi dell'apprendimento, DOP, Disturbi d'ansia, Disturbi dell'umore, Disturbo della condotta, Disabilità intellettiva, Disturbi dello spettro autistico, Disturbi da tic, Disturbi del sonno, Disturbi del linguaggio, Disturbo della coordinazione motoria, Altro

VALUTAZIONE: QI totale <70; Conners' genitori - CPRS-A patologico, CPRS-B patologico, CPRS-C patologico, CPRS-H patologico, CPRS-J patologico; CBCL genitori - CBCL-int patologico, CBCL-est patologico; Conners' insegnanti - CTRS-A patologico, CTRS-B patologico, CTRS-C patologico, CTRS-H patologico, CTRS-J patologico; K-SADS sintomi psicopatologici – Depressione, Mania, Psicosi, Panico, Ansia da separazione, Ansia sociale, Fobie, Disturbi d'ansia, DOC, Enuresi, Encopresi, Anoressia, Bulimia, DOP, Disturbo della condotta, Disturbi da tic, Abuso di alcol, Abuso di sostanze, Disturbi post-traumatico da stress

PUNTEGGIO CGIS

ANAMNESI FAMILIARE: genitori con abuso sostanze, genitori con disturbo della condotta, genitori con disturbi schizofrenici, genitori con depressione

ANAMNESI PERSONALE: Patologia cronica cardiovascolare, Trattamento psicologico in corso

Procedura

2c. STANDARD

= target, livello soglia (cut-off) concordato e ritenuto accettabile per qualità: valore dell'indicatore che definisce la soglia tra accettabile e inaccettabile.
Lo standard individuato deve essere condiviso.



1) appropriatezza inizio del trattamento:

- 1a. 75% dei bambini con ADHD con punteggio CGI-S >4 dovrebbe ricevere il trattamento con MPH
- 1b. 90% dei bambini con ADHD con punteggio CGI-S <4 non dovrebbe ricevere il trattamento con MPH

STANDARD di appropriatezza inizio del trattamento (%):

1a. 75% dei bambini con ADHD e CGI-S >4 dovrebbe ricevere il MPH
36% dei bambini con ADHD e CGI-S >4 riceve l'indicazione al MPH
Scostamento = $75 - 36 = -39$ punti percentuali

1b. 90% dei bambini con ADHD e CGI-S <4 NON dovrebbe ricevere il MPH
92% dei bambini con ADHD e CGI-S <4 NON riceve l'indicazione al MPH
Scostamento = $90 - 92 = +2$ punti percentuali

Motivazione scostamento	Priorità*	Giustificabile?	
MPH			
Richiesta dei genitori	+++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
> 12 anni	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Inattenzione	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Psicologico effettuato	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con autismo	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con DSA	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con ritardo lieve	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con ansia e DOP	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Psicologico non erogabile	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALTRO FARMACO			
SERT per ansia e DOC	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RISP per aggressività	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CGI-S = 1-3

lieve

27 casi

*: ogni + corrisponde a un ID caso

Identificate le cause, i partecipanti dovranno definire le motivazioni di scostamento condivise ed esporre le possibili AZIONI DI MIGLIORAMENTO (soluzioni) per le cause di scostamento non giustificabili

CGI-S = 4

Moderato

43 casi

Motivazione scostamento	Priorità*	Giustificabile?	
MPH			
Inattenzione grave	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Psicologico in corso o effettuato	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Psicologico in attesa o non proponibile o non erogabile	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Età > 13 anni	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con DSA	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rischio fallimento scolastico	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con DOP, DC	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Demoralizzazione e reattività	++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà intrafamiliari	++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ritardo o fx cognitivo limite	+ ++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Multiproblematicità	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Richiesta dei genitori	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rischio di evoluzione depressiva	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

*: ogni + corrisponde a un ID caso

segue...

Identificate le cause, i partecipanti dovranno definire le motivazioni di scostamento condivise ed esporre le possibili AZIONI DI MIGLIORAMENTO (soluzioni) per le cause di scostamento non giustificabili

CGI-S = 5-7

Motivazione scostamento	Priorità*	Giustificabile?	
NO MPH			
Non consenso alla terapia	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Prescrizione di PT, CT, TT	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
[Attesa di efficacia di PT, CT, TT (>6 mesi)]	++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Interrotti contatti con il servizio	+++++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Non riconoscimento della gravità	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicato educatore scolastico	++	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà intrafamiliari	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con disturbo d'ansia	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Comorbidità con disturbo del linguaggio	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CGIS all'epoca non utilizzata per prescr.	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Età prescolare alla diagnosi	+	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

grave
31 casi

*: ogni + corrisponde a un ID caso

Identificate le cause, i partecipanti dovranno definire le motivazioni di scostamento condivise ed esporre le possibili AZIONI DI MIGLIORAMENTO (soluzioni) per le cause di scostamento non giustificabili

Indicazioni per il miglioramento

Trattamento farmacologico in ADHD con **CGI-S ≤ 3** (complessivamente i dati di scostamento sono coerenti con standard del 90%)

Attribuzione del punteggio CGI-S errata: si invitano i CdR che hanno dato questa motivazione dello scostamento a correggere la valutazione riportata in Registro

ADHD e comorbidità con ritardo mentale, funzionamento cognitivo borderline, altri disturbi del neurosviluppo che non orientano alla prescrizione di training su autoregolazione: considerare prescrizione terapia farmacologica come possibile prima scelta terapeutica

ADHD e comorbidità con altri disturbi psicopatologici: indicazione a utilizzo della CGI-S per valutare funzionamento globale del soggetto e non solo ADHD

Trattamento farmacologico in ADHD con **CGI-S = 4**

Indicazione **di motivare in tutti i casi** la prescrizione farmacologica

Assenza di prescrizione farmacologica in ADHD con **CGI-S ≥ 5** (complessivamente i dati di scostamento sono significativamente inferiori agli standard del 70%)

Il maggior numero di scostamenti sono motivati dal mancato consenso alla terapia da parte dei familiari nelle sue varie declinazioni:

Indicazione alla messa in campo di **iniziative informative** sulla farmacoterapia dell'ADHD per i genitori in fase di Prima visita, restituzione, percorsi di PT

Valutazione dell'opportunità, in situazioni di dubbio, di **iniziare con percorsi di PT**

Indicazione per un monitoraggio clinico che tenga in considerazione la **riproposizione della terapia farmacologica** a fronte della persistenza della severità

Gruppo 1) Pazienti con CGIS=2 e trattamento farmacologico

Inappropriatezza: Diagnosi e prescrizione farmacologica

Presentazione della motivazione di scostamento come da scheda inviata:

CdR Fatebenefratelli: IDCaso= A-ADHD022-169 ; IDControllo= A-ADHD022-8

Gruppo 2) Pazienti con CGIS=3 e trattamento farmacologico (Metilfenidato)

Inappropriatezza: Prescrizione farmacologica

Presentazione della motivazione di scostamento come da scheda inviata:

CdR San Paolo: IDCaso= A-ADHD009-88-... ; IDControllo= A-ADHD009-76

CdR Brescia: IDCaso= A-ADHD017-130; IDControllo= A-ADHD017-56

Gruppo 3) Pazienti con CGIS=3 e trattamento farmacologico (Altro farmaco)

Inappropriatezza: Prescrizione farmacologica e no metilfenidato

Presentazione della motivazione di scostamento come da scheda inviata:

CdR Pavia: IDCaso= A-ADHD021-22; IDControllo= A-ADHD021-74

Gruppo 4) Pazienti con CGIS=4

Inappropriatezza: Prescrizione farmacologica se non motivata da specifiche condizioni

Presentazione delle motivazioni di scostamento ricevute (**Dott.ssa Sacconi**)

Gruppo 5) Pazienti con CGIS>0=5 e no trattamento farmacologico

Inappropriatezza: No prescrizione farmacologica

Presentazione della motivazione di scostamento come da scheda inviata:

CdR Lecco: IDCaso= A-ADHD014-11; IDControllo= A-ADHD014-56

Nel corso della fase di attuazione dell'Audit sono stati, inoltre, condivisi senza modifiche i criteri di appropriatezza dal numero 2 al 5 come segue:

Criterio 2. Dosaggio

Appropriatezza = 0,3-0,6 mg/kg dose MPH IR; max 60 mg/die, titolazione per i dosaggi più elevati

Criterio 3. Monitoraggio

Appropriatezza = Visite successive effettuate a distanza di 1, 3, 6 mesi dal dose-test e poi ogni 6 mesi.

Criterio 4. Rivalutazione annuale

Appropriatezza = Rivalutazione clinico-diagnostica a distanza di un anno dalla diagnosi.

Criterio 5. Sospensione

Appropriatezza = Rivalutazione clinico-diagnostica a distanza di un anno dalla diagnosi per valutare il permanere della necessità del trattamento farmacologico.

Audit child training

- Mancavano criteri condivisi per la prescrizione
- Mancavano criteri condivisi per i contenuti
- Poche informazioni desumibili dal registro
 - Prescrizione del CT in base al CGI-S
 - Tempi di prescrizione rispetto alla diagnosi
 - Prescrizione di altri training e/o farmaco
 - CT prescritto vs. CT effettuato (e dove)
 - Pre-post sulla base di CGIS e CGII sui pazienti con FUP
- Definita una scheda di raccolta di informazioni qualitative dai centri

Scheda raccolta dati WP5

Tema 2. MODELLI DI INTERVENTO (DAI MODELLI TEORICI ALLA PRATICA)

Centro	Modelli teorici di riferimento				Descrizione dell'applicazione del modello teorico di riferimento (Pratica)
	CPP	CBT	Mind*	Altro	
Bergamo	x				Come da manuale del CPP
Bosisio Parini	x	x	x		Acceptance and Commitment Therapy (ACT, terapia cognitivo comportamentale di terza generazione)
Brescia	x	x		x	CPP (Lochman) Tecniche cognitivo comportamentali (Vio Marzocchi-Benso)
Como	x	x			-
Cremona		x			-
Garbagnate	x	x	x	x	CPP x bambini con adhd combinato e sottotipo iperattivo/impulsivo con/senza comorbidità DOP. Mindfulness x bambini ADHD tipo prevalentemente inattentivo e con disregolazione emotiva (disturbi internalizzanti). Interventi psicoeducativi integrati per preadolescenti/ adolescenti ADHD per aumento della consapevolezza di sè, regolazione emotiva e competenze sociali. Metodo Feurestein individuale/ coppia x ADHD inattentivi con/senza DSA.
Lecco	x	x		x	Gruppi omogenei per età e caratteristiche neuropsicologiche.
Legnano	x	x		x	-
Lodi		x		x	Tecniche cognitivo-comportamentali associate a procedure "self-instruction".
Mantova		x			Tecniche: autoistruzioni verbali, token economy, autovalutazione.
Niguarda		x		x	Modello riabilitativo delle funzioni esecutive, Modello cognitivo comportamentale.
Pavia			x		-
Policlinico		x	x		Creazione clima di gruppo, lavori e giochi sulle regole, creazione di regole e routine, autoregolazione emotiva e comportamentale con token economy, shaping, modeling, etc., mentalizzazione attraverso esercizi di perspective taking, mindfulness.
San Paolo	x	x	x		Tecniche per agire sui comportamenti tra cui le principali sono quelle centrate sugli antecedenti e le conseguenze del comportamento bersaglio e sulle tecniche cognitive di autocontrollo.
Sondrio		x	x		Tecniche cognitivo-comportamentale di terza generazione
Vallecamonica		x	x		Tecniche di rinforzo (shaping, modeling, etc) nell'ambito di una token economy. Alla fine di ogni incontro si praticava un breve esercizio di mindfulness.

*: mindfulness

Scheda raccolta dati WP5

Tema 3. IDENTIFICAZIONE, CRITERI DI PRIORITÀ E DI ESCLUSIONE

Centro	Criteri per la prescrizione	Criteri di esclusione
Bergamo	Bambini di difficile gestione, Data di richiesta (lista di attesa), Genitori affidabili che possano garantire una frequenza regolare, Condizione clinica del bambino che consente un lavoro di gruppo	QI basso, famiglia non compliant, patologia genitoriale, disagio socio-ambientale
Bosisio Parini	Ai bambini con ADHD e con un livello di compromissione (CGI) tale da necessitare un intervento psicologico che non abbiano codiagnosi (es. d'ansia o depressione) per le quali sia più indicata una terapia individuale	Comorbidità con disturbo spettro autistico, disabilità intellettiva, disturbo della comprensione del linguaggio, genitori non complianti
Brescia	Lista di attesa, territorio ASST di competenza	Disabilità intellettiva e patologia psichiatrica associata, pazienti con diagnosi di ADHD lieve CGI -S uguale o inferiore a 2
Como	CGI >3 e minore di 5, omogeneità del gruppo per età e genere	CGI-S sopra il 5, grave disturbo specifico dell'apprendimento, QI<85, scarsa compliance familiare, grave conflittualità di coppia, grave disagio sociale
Cremona	-	-
Garbagnate	1) se forma medio-severa trattamento combinato CT/PT (e farmaco). 2) se già frequentato PT con parziali risultati. 3) se esistono condizioni carenziali a livello socio-familiare per le quali non si riesce ad agganciare i familiari al PT	1) se non viene portato regolarmente in terapia. 2) se ADHD medio-lieve: solo PT+PDP a scuola+indicazioni a sport/attività terapeutiche a beneficio di una evoluzione positiva. 3) se presente buona compliance genitori/insegnanti e ai controlli emerge una evoluzione positiva/miglioramento funzionale.
Lecco	CGI>4, pz in trattamento farmacologico, interventi in età prescolare multimodali, fascia pre-adolescenziale	Scarsa compliance familiare, presenze di psicopatologie in comorbidità, livello cognitivo deficitario
Legnano	-	-
Lodi	Gruppo omogeneo per fascia di età, per diagnosi, compliance.	Fascia pre-scolare, comorbidità
Mantova	Si propongono solo CT di gruppo	Quoziente intellettivo, età, spettro autistico
Niguarda	Funzionamento globale (CGAS=50-60) Omogeneità di età e del livello di gravità	Pervasività del Disturbo, comorbidità complesse, priorità data ad altre tipologie di intervento
Pavia	-	-
Policlinico	Bambini con diagnosi di adhd i cui genitori parallelamente hanno partecipato al PT o comunque abbiano seguito un percorso.	no adhd, alta disregolazione con manifestazioni fisiche aggressive persistenti e resistenti al trattamento individuale, abilità sociali e relazionali che richiedono ancora un lavoro individuale preliminare. Disturbi dello spettro autistico nelle forme gravi
San Paolo	Compliance terapeutica della famiglia fatti salvi i criteri di esclusione	Età >14 o <9 anni comorbidità con ODD/CD severi, ritardo mentale o borderline cognitivo, o spettro autistico, genitori con PT effettuato
Sondrio	CGI-S<5	Comorbidità con: disturbo della condotta, disturbo dello spettro autistico, ritardo cognitivo
Vallecamonica	ADHD in associazione a manifestazioni esternalizzanti con conseguenze negative sul funzionamento in ambito sociale e familiare, età (scuola primaria)	Diagnosi di autismo o disabilità intellettiva in comorbidità; impossibilità da parte del sistema genitoriale a partecipare ad un percorso di parent training, proposto in parallelo al CT

Scheda raccolta dati WP5

Tema 4. VALUTAZIONE PRE-POST IN ETÀ SCOLARE E PRE-SCOLARE

Centro	Valutazione pre-post
Bergamo	Conners, Colloquio clinico
Bosisio Parini	Conners, CBCL, SNAP, CGI, ANT
Brescia	Conners, rivalutazione FE
Como	Conners, test campanelle, mf 20
Cremona	-
Garbagnate	Conners, CBCL
Lecco	Conners, CGI, colloquio genitori
Legnano	-
Lodi	Dati qualitativi e non quantitativi
Mantova	CGI, CGIS, CGAS
Niguarda	Conners, CGI, CGAS
Pavia	-
Policlinico	Conners, CBCL
San Paolo	Conners, CBCL, SNAP-IV
Sondrio	SNAP-IV
Vallecamonica	Livello di funzionamento, competenze e riduzione stress genitoriale

Selezione e presentazioni narrative

(dati dalle schede WP5 online)

- 1. CT individuale vs. CT di gruppo (+ numero di bambini per gruppo)**
 - BRESCIA: entrambe le tipologie (individuale e gruppo)
 - LODI: gruppo di 8 bambini con n. di partecipanti > della media (=4)
 - LEGNANO: gruppi con un numero di bambini nella media

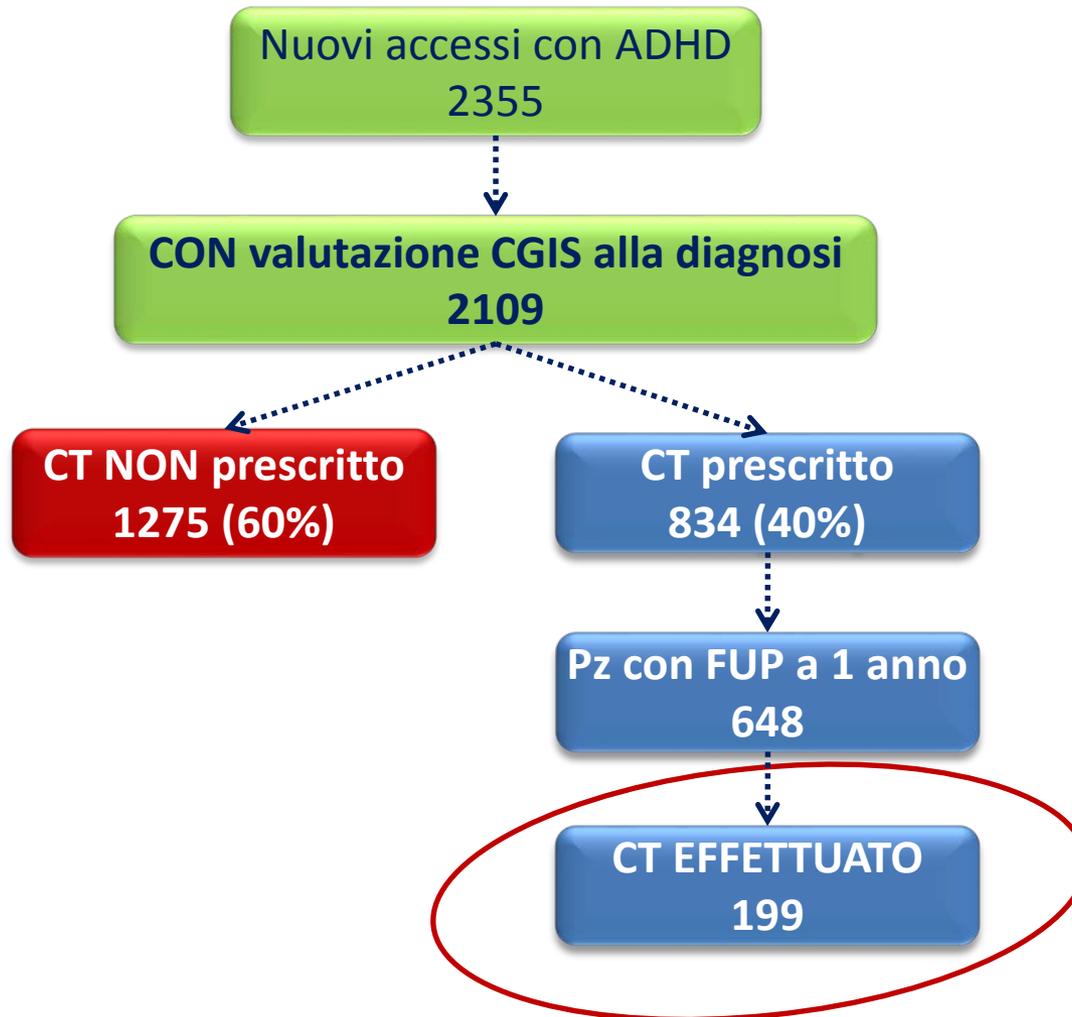
- 2. Modelli di intervento (dai modelli teorici alla pratica)**
 - Coping power "puro": BERGAMO
 - Coping power modificato: BOSISIO
 - Cognitivo-comportamentale +/- mindfulness: POLICLINICO
 - Mindfulness: PAVIA

- 3. Identificazione, criteri di priorità e di esclusione: GARBAGNATE**

- 3. Valutazione pre-post in età scolare e pre-scolare: LECCO**

Il Child Training nell'ambito del Registro regionale

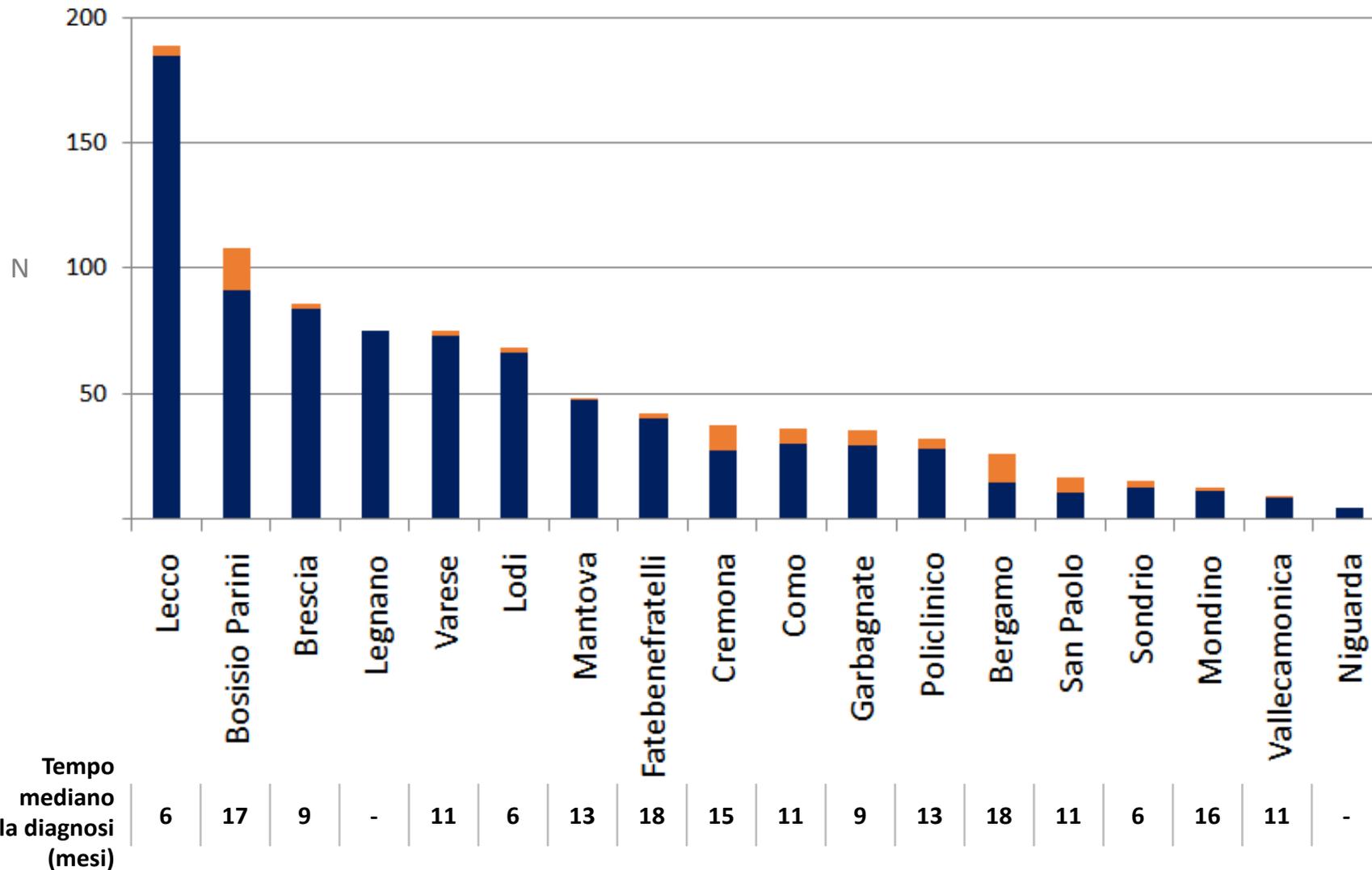
FLOWCHART



Il Child Training nell'ambito del Registro regionale

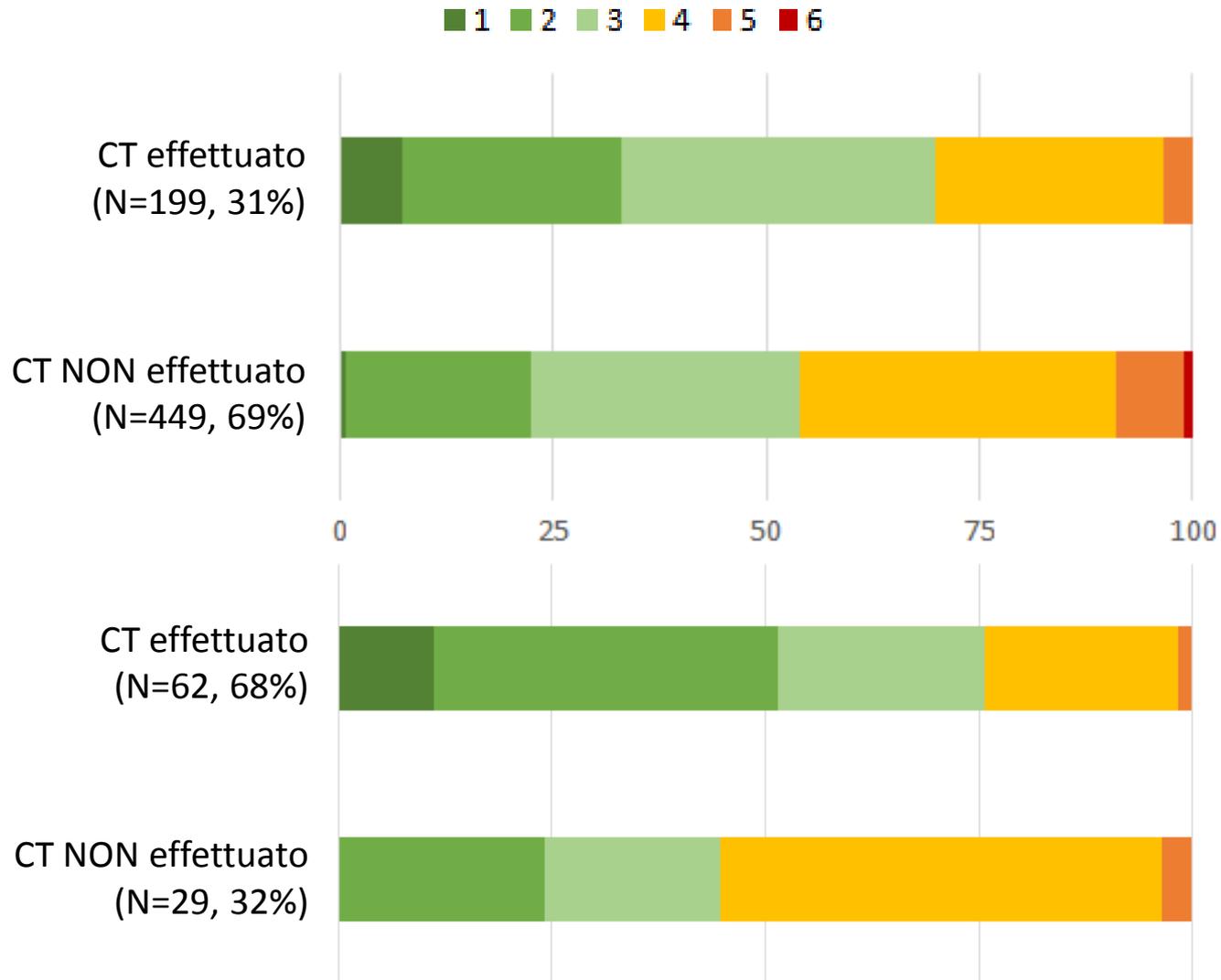
TEMPI DI PRESCRIZIONE RISPETTO ALLA DIAGNOSI

■ CT prescritto alla diagnosi ■ CT prescritto dopo la diagnosi



VALUTAZIONE del CT (CGI-I)

PUNTEGGIO CGI-I ALLA VISITA DI FUP (1 ANNO)



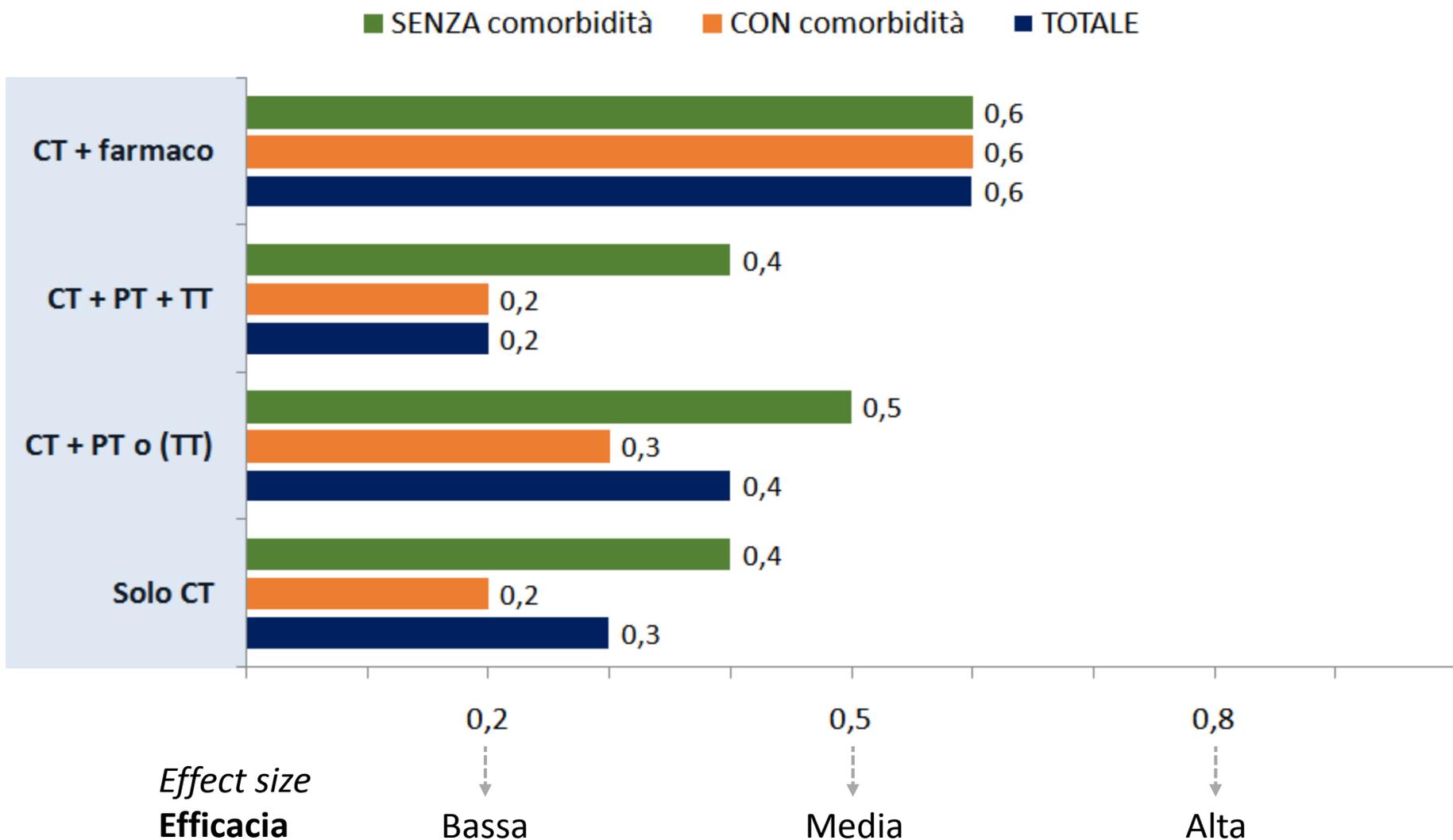
LECCO

VALUTAZIONE del CT (CGI-I)

CARATTERISTICHE ASSOCIATE AL MIGLIORAMENTO (N=199)

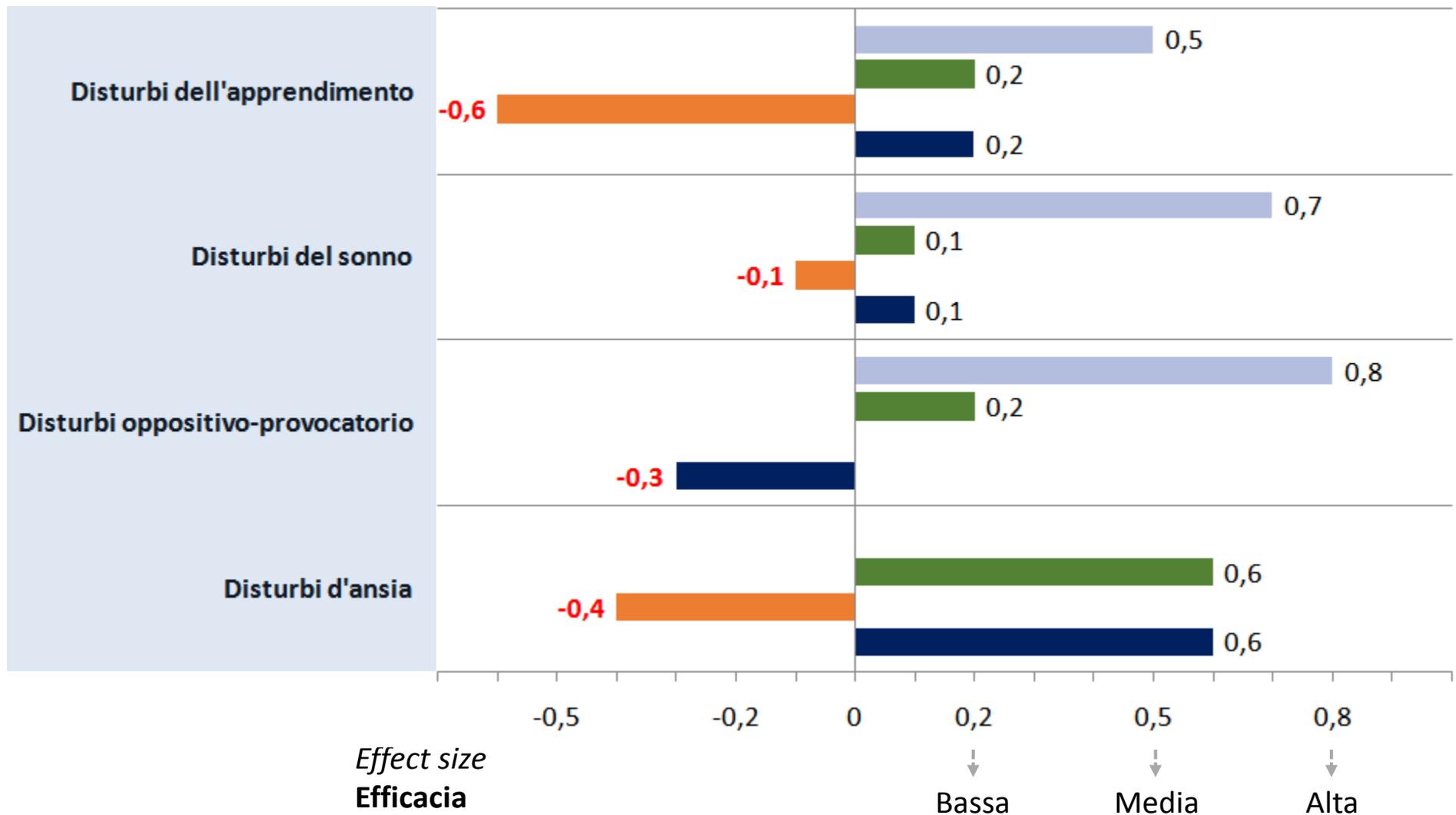
Caratteristiche	Non migliorati (N=60)	Migliorati (N=139)	p
	n	n	
Età	9,0 ± 2,2	8,5 ± 2,1	0,1682
Sottotipo ADHD			
C	38	85 (69%)	0,8607
H	6	12 (67%)	
I	16	42 (72%)	
Punteggio CGIS alla diagnosi			
1-3	11	23 (68%)	0,4435
4	24	69 (74%)	
5-7	25	47 (65%)	
Comorbidità psichiatriche	38	73 (66%)	0,1586
Disturbi dell'apprendimento	25	42 (63%)	0,1167
DOP	5	12 (71%)	0,9447
Disturbo d'ansia	2	5 (71%)	1,0000
Disturbo dell'umore	1	1 (50%)	0,5132
Disturbo della condotta	-	1 (100%)	1,0000
Autismo	-	1 (100%)	1,0000
Tic	2	4 (67%)	1,0000
Disturbi del sonno	8	14 (64%)	0,5008
Disturbi del linguaggio	1	8 (89%)	0,2826
Disturbo della coordinazione	1	1 (50%)	0,5132
Trattamento effettuato			
CT	11	33 (75%)	0,1921
CT + farmaco	7	20 (74%)	
CT + PT o TT	20	63 (72%)	
CT + PT + TT	18	23 (56%)	

EFFECT SIZE del CT (CGIS pre-post)



EFFECT SIZE del CT (CGIS pre-post)

■ CT + farmaco ■ CT + PT + TT ■ CT + PT o (TT) ■ Solo CT



discussione

1. **CT individuale vs. CT di gruppo (+ numero di bambini per gruppo)**
2. **Criteri di inclusione, esclusione e priorità**
3. **Alternative per gli utenti che non rientrano nei criteri di inclusione**
4. **Valutazione pre-post**

Necessità di nuovo incontro in autunno per finalizzare la discussione e affrontare in dettaglio i punti 2 e 3

Audit Parent e Teacher training

- Presenti criteri condivisi per l'indicazione, per i contenuti, per la valutazione, formalizzati nei manuali
- Poche informazioni desumibili dal registro
- Non può essere un audit di appropriatezza perché non ci sono evidenze di efficacia dello specifico modello condiviso (evidenze in altri paesi)
- **Audit di ADERENZA AL MODELLO CONDIVISO**
 - Indicazione (non si può parlare di prescrizione)
 - Effettuazione
 - N incontri
 - Contenuti incontri
 - Valutazione pre-post
- Per indicazione ed effettuazione, non sono ancora definiti **STANDARD DI RIFERIMENTO**
- Definita una scheda di raccolta di informazioni qualitative dai centri
- Scelto di analizzare lo stesso gli scostamenti dei casi estratti in modo casuale, nonostante il numero limitato con follow up