



27 settembre 2017, IRCCS Mario Negri Milano

CHIL TRAINING: CRITERI DI INDICAZIONE, PRIORITA' ED ESCLUSIONE



U.O.NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA

Direttore UONPIA/DSM NPI Dott.ssa Simonetta Oriani

Responsabile Polo territoriale Rho NPI Dott.ssa Paola Coati

Responsabile progetto ADHD NPI Dott. Cristian Trevisan

Educatrici CSR Alice Child Training:

Pisati Luciana, Anna Girardi, Marta Paleari, Maria Redondi

Presentazione a cura: Dott.ssa Stefania Villa Psicologa-
Psicoterapeuta (diagnosi ADHD/Parent Training)



CHIL TRAINING NEL NS. SERVIZIO

E' effettuato da **4 educatrici professionali** (3 full time+ 1 part time) del CSR "Alice" sede UONPIA territoriale di RHO) aventi:

- esperienza pluriennale e formazione specifica sull'ADHD: corsi nell'ambito del progetto (Lochman Coping Power 2013) oltre a altri corsi che propongono altre tecniche (mindfulness, ecc.)
- supervisioni esterne costanti su CT (Dott.Muratori IRCCS Stella Maris di Pisa 2014/2015 e Dott.ssa Vanzin La Nostra Famiglia Bosisio Parini 2016)
- supervisioni interne su dinamiche/criticità gruppi (Psicoterapeuta del servizio)
- riunione equipe settimanale (ogni mercoledì 2h) su discussioni casi complessi (condivisione criticità emergenti, rivalutazione percorso) con NPI/Psicologo referente del caso, oltre a incontri extra in base a necessità

FORMAZIONE INTERNA IN ATTO

AD OPERATORI DI ALTRI POLI TERRITORIALI UONPIA

SU CHILD TRAINING 2017/2018

- Polo territoriale UONPIA di Limbiate presso CSR Itaca: 3 educatori
- Polo territoriale UONPIA di Paderno Dugnano: 2 psicomotriciste

DATI INVIATI X WP 5 CHILD TRAINING

(per audit clinico 21.06.2017)

Il vostro centro ha avviato uno o più trattamenti di Child Training nel 2016?

SI (dati riferiti solo a UONPIA territoriale Rho/CSR Alice)

Quanti gruppi avviati? 22 (sia omogenei che eterogenei per diagnosi)

4 bambini x gruppo con 2 educatrici

Quanti bambini seguiti nel 2016 con trattamento di gruppo? 50 adhd

Quanti bambini seguiti nel 2016 con trattamento individuale? 28 adhd

Quanti trattamenti di coppia? 6 (omogenei/eterogenei per diagnosi)

Quanti bambini seguiti nel 2016 con trattamento di coppia? 11 adhd

N° totale utenti seguiti con CT: 89 bambini ADHD

Quanti utenti inviati in altra UONPIA: 0 (di solito arrivano da noi da altra UONPIA)

Quanti utenti inviati in centro privato convenzionato: 0 (nessun centro vicino al nostro territorio a oggi attiva CT x ADHD)

Sintetica descrizione dell'applicazione del modello teorico di riferimento

- 1) **COPING POWER PROGRAM**
x bambini ADHD combinato/sottotipo iperattivo-impulsivo con/senza comorbidità
DOP QI nella norma/superiore
- 2) **MINDFULNESS**
x bambini ADHD combinato/di tipo prevalente inattentivo + risregolazione emotiva
(internalizzante/ esternalizzante)
- 3) **INTERVENTI PSICOEDUCATIVI** integrati x preadolescenti/adolescenti ADHD
(inattentivo/combinato/iperattivo-impulsivo con comorbidità internalizzante e/o
esternalizzante) x aumento consapevolezza di sé, regolazione emotiva e
potenziamento delle competenze sociali
- 4) **METODO FUERESTEIN** coppia x ADHD inattentivi con/senza comorbidità DSA con
profilo cognitivo borderline
- 5) **ALTRI INTERVENTI** x es.psicomotricità/arteterapia se non si riesce ad accedere a
livello comunicativo/relazionale se non con dei mediatori (gioco/disegno), spesso in
preparazione ad altri percorsi + strutturati

PRECISAZIONI SU PRESA IN CARICO CT:

- 1° - viene data indicazione a CT a genitori (alla diagnosi o dopo altri percorso con risultati parziali) con inserimento in lista d'attesa (tempi d'attesa variabili da 1 a 2 anni)
- 2° - presentazione caso a educatrici da parte del NPI/Psicologo referente del caso (che ha effettuato valutazione e posto diagnosi) entro maggio/giugno con ipotesi percorso (in base a comorbidità, severità disturbo, contesto, altre variabili bio-psico-sociali)
- 3° - 3 sedute di osservazione da parte dell'operatore tra giugno/agosto con conferma tipologia percorso o rivisitazione di obiettivi/setting (individuale/gruppo, 1/2 sedute/sett.)
- 4° - inizio percorso metà settembre fino metà giugno (in corrispondenza dell'anno scolastico) 10 mesi circa (30 sedute/anno)
- 5° - valutazione fine percorso + DC equipe + decisione su dimissione da CSR o rinnovo con definizione nuovi obiettivi

PRECISAZIONI SU PRESA IN CARICO CT:

- 6° - l'educatrice di riferimento durante presa in carico CT effettua incontri con le insegnanti e con i genitori in base alle necessità con NPI/Psicologo referente
(nei gruppi condotti da 2 educatrici con 4 bambini, vengono abbinati 2 bambini per educatrice)
- 7° - se i genitori impossibilitati ad accompagnarlo (per motivi di lavoro, scarsa affidabilità x es. si dimenticano) per garantire continuità e quindi efficacia al percorso viene attivato trasporto comunale (pullman che va a prendere il bambino a scuola e lo porta ns. sede, al termine della terapia viene riaccompagnato a scuola)
i percorsi sono in prevalenza la mattina (9.00/12.00) per bambini elementari, primo pomeriggio (13.00/16.00) per i ragazzi delle medie
- 8° - gli incontri di gruppo e di coppia durano 1h 1/2, quelli individuali 1h, in base a necessità cliniche e obiettivi terapeutici si decide in equipe se occorre allo specifico caso clinico 1 o 2 sedute/sett. e la tipologia setting/contenuti della terapia

DOPO QUESTE PREMESSE...

...PRIMA DI PRESENTARVI LE NOSTRE RIFLESSIONI SUI CRITERI DI INDICAZIONE, PRIORITA' ED ESCLUSIONE AL PERCORSO DI CHILD TRAINING, IN **CONTINUA EVOLUZIONE** (come del resto la finalità di questo audit e del progetto stesso)

SI PRECISA CHE QUESTE SONO RIFLESSIONI TRATTE PIU' DALL'**ESPERIENZA CLINICA** CHE DA BIBIOGRAFIA/MANUALI

NON PERDENDO MAI DI VISTA “QUEL PAZIENTE”
– **IL CASO CLINICO** –

CON UNA CERTA FLESSIBILITA' DEGLI INTERVENTI E CON UN ATTEGGIAMENTO DINAMICO (NON RIGIDO) DI RICERCA DI SOLUZIONI “AD HOC” E DI RIMESSA IN DISCUSSIONE DI SCELTE CLINICHE CON UMILTA' E COSTRUTTIVA AUTOCRITICA, PARTENDO DA CIO' CHE REALMENTE VEDIAMO SOTTO I NOSTRI OCCHI NELLA QUOTIDIANITA' DELLA PRATICA CLINICA

PRINCIPIO FONDAMENTALE DEL NOSTRO INTERVENTO E' ESSERE UTILE A QUEL PAZIENTE, SIAMO NOI OPERATORI E SERVIZI CHE DOBBIAMO RISPONDERE AL BISOGNO DI CURA CHE CI PORTA,

tenendo conto della sua specificità e unicità delle numerose variabili intervenienti che influenzano l'espressione sintomatica della diagnosi, l'evoluzione clinica e il processo di cura stesso (e che purtroppo non è riassumibile in un indice CGI)

E NON IL CONTRARIO, CIOE' SONO I PAZIENTI CHE DEVONO ADERIRE A "CRITERI STANDARD" DI SELEZIONE PER ACCEDERE ALLA CURA

I casi "perfetti", gli ADHD "puri" con famiglie "normali" con genitori sani senza psicopatologie, uniti e cooperativi tra di loro e il servizio, empatici con i figli, con strutture di personalità che permettono di accogliere il cambiamento nell'approccio al figlio (dopo solo la diagnosi e il PT), con possibilità economiche per supportare i figli nello studio e nello sport, in comunicazione continua con insegnanti preparate e collaborative, sono così rari che forse non esistono neanche o che comunque, anche se non seguiti con CT, avrebbero evoluzione positiva.

Sono proprio i **casi “complessi”** che meritano più attenzione per il rischio di prognosi psichiatriche e di marginalità sociale.

Per essere efficaci nei casi complessi, secondo la nostra esperienza, è necessario ragionare in termini di “gruppo operativo di cura”/ “equipe allargata”, con il principio che **l’unione fa la forza (della cura)**:

1) **più operatori del servizio UONPIA** coinvolti sul caso con varie specialità (NPI/Psicologo/Educatore/Logopedista/Assistente sociale)

2) obiettivi comuni da perseguire con **frequenti discussioni caso**

3) **coinvolgere altri servizi** (scuola, servizi salute mentale adulto, servizi tutela minori, servizi educativi comunali/parrocchiali, centri riabilitativi convenzionati, eventuali altre figure presenti) e relativo invio “accompagnato” dei genitori

4) **incontri di rete** e continuo dialogo/aggiornamento di tutti gli operatori coinvolti (non serve sempre spostarsi e incontrarsi fisicamente, a volte basta una telefonata, una mail) per quanto “faticoso” perché occupa del tempo, è necessario. Di solito dopo 1° incontro di rete, viene programmato quello successivo (2/3 incontri/anno, ridotti o aumentati in base a evoluzione caso)

INDICAZIONI E CRITERI DI PRIORITA' AL CT DI GRUPPO

“Non essendo possibile garantire a tutti un CT vorremmo sapere quali criteri adottate per decidere se proporre un CT di gruppo”:

- 1) Se ADHD è in **forma severa** (CGI >4) si interviene con subito con trattamento combinato CT/PT/TT/farmaco/ecc. Se bambino non prende terapia farmacologica solo setting individuale (per non destabilizzare gruppo)
- 2) Se ADHD in **forma media** (CGI =4) con carenze socio-economico-sanitarie familiari cui non si riesce ad inserire la famiglia al PT si interviene subito con CT/TT
- 3) Se ADHD in **forma media** (CGI = 4) dove i genitori hanno già frequentato PT con parziali risultati o ai controlli si rileva peggioramento in forma severa (x complicanze/comorbidità quadro clinico e/o non modificabilità familiare) si procede con 2° approccio con CT/farmaco

- 4) se ADHD in **forma lieve** (CGI<4) non vengono date indicazioni al CT, in base allo stress genitoriale e impatto dei sintomi su sistema famiglia/scuola proposto solo PT e TT/consulenza insegnanti x PDP, indicazione a sport/tutor a casa per compiti/ecc.
- 5) pazienti inseriti nei gruppi devono avere un **QI nella norma** (o superiore alla norma), non marcata oppositività e dopo osservazione con l'educatrice di riferimento riuscire a instaurare alleanza e fiducia nell'operatore sufficiente a **collaborare nel setting di gruppo**
- 6) conoscenza discreta della lingua italiana (se migrante)

INDICAZIONI E PRIORITA' AL CT INDIVIDUALE

“Non essendo possibile garantire a tutti un CT vorremmo sapere quali criteri adottate per decidere se proporre un CT individuale”:

- 1) se **ADHD medio-severo** (CGI ≥ 4) e il bambino non si riesce stare nel setting di gruppo compromettendo risultati della sua terapia e quella degli altri componenti (di solito con comorbidità **DOP severo o DC senza terapia farmacologica**)
- 2) se specifica comorbidità/situazione familiare che **richiede spazio individuale** (talvolta dopo percorso individuale se il bambino è “pronto” viene inserito l’anno successivo in un percorso di gruppo)
- 3) in base a **comorbidità e specificità del caso** viene indicato un percorso di CT intervento combinato 1 volta/sett. gruppo+ 1 volta/sett. individuale (se non presenti altre terapie per es. logopedica, per evitare che il bambino passi più tempo in UONPIA che a scuola con ricadute su apprendimento e “effetto istituzionalizzazione”)
- 4) se QI borderline/ritardo mentale

CRITERI DI ESCLUSIONE DEL CT

“Vorremmo sapere quali sono in base alla vostra esperienza e al tipo di CT che proponete gli elementi di esclusione da un CT”:

... se c'è un'esigenza clinica di cura del paziente (decisa dal clinico) nessun criterio dovrebbe portare all'esclusione del paziente a una terapia necessaria...

Se per esempio non viene portato regolarmente in terapia si interviene con il trasporto o in casi complessi con attivazione dell'educatore a domicilio supervisionato dal centro ADHD che forma/da indicazioni con strategie CT.

In casi gravi e complessi da un punto di vista sociale, con assenza di cura del bambino per mancata collaborazione genitoriale viene attivato Servizio Tutela Minori.

Vengono esclusi o meglio non viene fatta proposta/data indicazione sicuramente nei casi di:

- 1) ADHD medio-lieve: solo PT + PDP a scuola + indicazioni a sport/attività "terapeutiche" a beneficio di un'evoluzione positiva + follow up
- 2) se buona compliance genitori/insegnanti e ai controlli evoluzione positiva/miglioramento funzionamento

Valutazione di efficacia

Quali dati utilizzate per valutare l'efficacia di un CT pre-post trattamento?

- CBCL /Conners/ colloquio clinico / valutazione neuropsicologica / monitoraggio (incontri di follow-up con particolare attenzione ai passaggi di ciclo di istruzione e preadolescenza/adolescenza)

Descrizione sintetica degli **obiettivi di lavoro** dei percorsi terapeutici attivati:

- 1) Autoregolazione sintomi primari ADHD
- 2) Sviluppo problem solving
- 3) Consapevolezza nel bambino/adolescente dei comportamenti disadattivi
- 4) Miglioramento competenze sociali
- 5) Miglioramento autostima
- 6) Miglioramento fiducia verso gli altri (pari/adulti/istituzioni) e riduzione oppositività
- 7) Prevenzione cronicizzazione e prognosi infauste psichiatriche
- 8) Genitori/insegnanti si sentono supportati nei loro ruoli educativi/formativi (continuo dialogo e comunicazione con il servizio)

Grazie per l'attenzione!



Dott.ssa Stefania Villa Psicologa Psicoterapeuta
Centro di riferimento regionale ADHD - UONPIA ASST Rhodense