

SC Neuropsichiatria Infantile - ASST Lecco

Direttore : Dr. Ottaviano Martinelli

Tel. 0341489157 – Fax: 03414891

npia@asst-lecco.it

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lecco



ADHD:



il Progetto della Regione Lombardia

“L’audit clinico è un processo con cui tutti i professionisti sanitari effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, dove necessario, la modificano”

(Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995)

AUDIT CHILD TRAINING
Milano, 27 settembre 2017

VERSO UN AUDIT
SUL CHILD TRAINING



Dr. O. Martinelli / Dr. D. Villani
SC Neuropsichiatria infanzia ed adolescenza
ASST Lecco



1. Identificare l'ambito e lo scopo

1a. TEMA DELL'AUDIT



Child Training nei pazienti con ADHD

= ambito rilevante per la pratica e su cui è possibile intervenire (*potential for change*)

1b. OBIETTIVO



Verificare e migliorare l'appropriatezza del Child Training nei pazienti con ADHD

= l'obiettivo deve essere ben definito, SMARTER, cioè deve rispondere ai seguenti requisiti: **S**pecifico (correlato al risultato che si vuole ottenere), **M**isurabile (disponibilità di metodi quantitativi e qualitativi), **A**chievable (realistico-raggiungibile), **R**ilevante (per le strategie aziendali e per l'assistenza), **T**emporizzato (per il quale è possibile definire un cronoprogramma attuativo), **E**fficace (a produrre il risultato che ci si attende), **R**esearch based (basato sui risultati di ricerche o, in assenza, su opinioni di esperti)

2. Identificare criteri, indicatori e standard

2a. CRITERIO

= “ciò che dovrebbe succedere”: specifica caratteristica di qualità che si vuole valutare.

È possibile individuare più criteri all'interno dello stesso AUDIT.



CT: INTERVENTI DI GRUPPO

CRITERI DI ESCLUSIONE PER CT DI GRUPPO

| FAMILIARI | INDIVIDUALI |
|--|---|
| ALCUNI CONTESTI FAMILIARI POSSONO RENDERE NON ADEGUATO O INEFFICACE UN CT DI GRUPPO. TALE SITUAZIONI VANNO APPROFONDITE NEL CORSO DELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA E NEL CORSO DEL PT. ALCUNE SITUAZIONI FAMILIARI POSSONO ESSERE DOVUTE A: | LA PRESENZA DI COMORBILITA' PUO' RENDERE NON ADEGUATO O INEFFICACE UN CT DI GRUPPO. TALI COMORBILITA' VANNO DEFINITE NEL CORSO DELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA, COME PER ESEMPIO: |
| Grave conflittualità familiare | Deficit cognitivo (QI < 70) |
| Quadro psicopatologico di un genitore | Disturbo psicopatologico |
| Rifiuto CT | Disturbo della condotta |
| Condizioni sociali particolari | Disturbo oppositivo provocatorio |



2A) appropriatezza e inappropriatezza inizio del CT:

2A Criteri di appropriatezza

2A.1. CT di gruppo

Tutti i bambini con diagnosi di ADHD, con CGI 4 o 5, con PT già eseguito o in corso, in assenza di criteri di esclusione familiari od individuali come da tabella () dovrebbero intraprendere un percorso di CT.*

2A.2. CT individuale

Tutti i bambini con diagnosi di ADHD, con CGI 4 o 5, con criteri di esclusione familiari ed individuali per CT di gruppo come da tabella () dovrebbero intraprendere un percorso di CT individuale.*

2A.3. Follow-up : Valutazione post- trattamento alla conclusione del CT

Tutti i bambini che hanno concluso un CT di gruppo od individuale devono eseguire una valutazione post-trattamento che prevede colloquio clinico con i genitori, CGI-S, CGI-I, SNAP e Conners' genitori.

2B criteri di inappropriatezza

2B.1 CT di gruppo

Tutti i bambini con diagnosi di ADHD con CGI < 4 o senza percorso di PT in atto/eseuito o in presenza di criteri di esclusione familiari ed individuali per CT di gruppo come da tabella () non dovrebbero intraprendere un percorso di CT*

2B.2 CT individuale

Tutti i bambini con diagnosi di ADHD con CGI < 4 o senza criteri di esclusione familiari ed individuali per CT di gruppo come da tabella () non dovrebbero intraprendere un percorso di CT*

2B.3 Follow-up

Tutti i pazienti che hanno concluso un CT di gruppo o individuale non dovrebbero non avere eseguito una valutazione post-trattamento con le modalità riportate sopra

3a VERIFICA



3A. appropriatezza inizio del trattamento (%):

1a.

3A.1. CT di gruppo

Numeratore : N° bambini con diagnosi di ADHD, con CGI 4 o 5, con PT già eseguito o in corso, in assenza di criteri di esclusione familiari od individuali come da tabella () con CT di gruppo*
Denominatore : N° bambini con diagnosi di ADHD con CGI 4 o 5, con PT già eseguito o in corso, in assenza di criteri di esclusione familiari od individuali come da tabella ()*

3A.2. CT individuale

Numeratore : N° bambini con diagnosi di ADHD, con CGI 4 o 5, con criteri di esclusione familiari ed individuali per CT di gruppo come da tabella () con CT individuale.*
Denominatore : N° bambini con diagnosi di ADHD con CGI 4 o 5, con criteri di esclusione familiari ed individuali per CT di gruppo come da tabella ()*

3A.3. Follow-up : Valutazione post- trattamento alla conclusione del CT

Numeratore : N° bambini che hanno concluso un CT individuale o di gruppo con valutazione trattamento

Denominatore : N° bambini che hanno concluso un CT individuale o di gruppo

4a STANDARD

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



4A) appropriatezza inizio del trattamento:

4A.1. 75% dei bambini con ADHD dovrebbero ricevere un trattamento di CT di gruppo secondo le indicazioni riportate sopra entro sei mesi dalla diagnosi

4A.2. 75% dei bambini con ADHD dovrebbero ricevere un trattamento di CT individuale secondo le indicazioni riportate sopra entro sei mesi dalla diagnosi

4c.3 75% dei bambini con ADHD che hanno eseguito un percorso di CT di gruppo o individuale dovrebbero svolgere una valutazione post-trattamento con le modalità riportate sopra entro un mese dalla conclusione del percorso di CT.

3. Osservare la pratica e raccogliere i dati

3a. CAMPIONAMENTO

Il campionamento migliore è di tipo casuale.

I) Un campione di 40-50 casi viene considerato accettabile: *ideale selezione random (campionamento casuale) dei pazienti: es. selezione random di un certo numero di pazienti per Centro tramite ID del Registro*

II) Il numero di Centri che partecipano dovrebbe essere pari almeno a 1/3 dei partecipanti (6 Centri)

III) definire criteri di inclusione e esclusione



Campionamento casuale

Tutti i centri sono stati coinvolti direttamente o indirettamente

Sono stati selezionati

Criteri di inclusione:

- Nuovo accesso
- Diagnosi di ADHD
- Punteggio CGI-S alla diagnosi
- Prescrizione terapeutica

Criteri di esclusione:

- Nessuno

3b. RACCOLTA DATI

= definire se raccolta dati retrospettiva (es. ultimi 12 mesi) oppure prospettica (es. successivi 6 mesi) e durata.

Definire da quale fonte si prendono i dati (Registro, cartelle cliniche, ...)

Definire i dati da raccogliere e costruire un foglio raccolta dati (i dati non numerici devono essere codificati).



Raccolta retrospettiva

Giugno 2011 – marzo 2017

Fonte dati:

- **Registro**
- **Cartelle cliniche**

Dati da raccogliere:

- *cause scostamenti da cartelle*

L'elenco dei casi selezionati è stato fornito a ciascun Centro per l'analisi degli scostamenti

Figura 1. Campionamento

*

4. Confrontare i risultati con lo standard

4a. ANALISI DEI DATI



Figura 2. Appropriatelyzza e scostamenti

= generalmente si calcola:

- % casi che corrispondono a ogni standard (inclusi non applicabili)
- % casi non applicabili
- % casi applicabili che corrispondono allo standard

4b. PRESENTAZIONE



Figura 2. Appropriatelyzza e scostamenti

3° FASE: AZIONI DI MIGLIORAMENTO

2° FASE: ATTUAZIONE AUDIT

5. Conclusioni del confronto

*“Non c'è niente di più difficile e pericoloso che introdurre un nuovo ordine di cose,
poiché il cambiamento ha per fieri nemici tutti coloro che si trovano bene nelle
vecchie condizioni e solo tiepidi difensori tra quelli che si troveranno meglio nelle nuove.”*
(Niccolò Machiavelli, *Il Principe*, 1513)