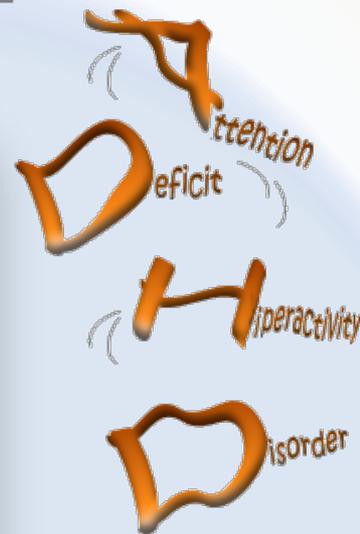


CONVEGNO

Percorsi diagnostici – terapeutici condivisi per l'adhd
Una risposta alle criticità e ai bisogni inevasi

Milano, 9-10 novembre 2015



INTERVENTI TERAPEUTICI CONDIVISI PER L'ADHD: PARENT TRAINING DUBBI E CRITICITÀ



Azienda Ospedaliera
SPEDALI CIVILI BRESCIA

Claudio Bissoli

UONPIA, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Sistema Sanitario Regione Lombardia

Dubbi e criticità...



...e punti di forza





Cos' è il Parent Training: definizione

Il Parent Training (PT) è un **percorso psicoeducativo di gruppo**: attraverso un clima di fiducia e confronto il contenitore gruppale facilita il **processo di apprendimento, consapevolezza e cambiamento del genitore**.

Si comprendono le caratteristiche del disturbo e si prende coscienza degli **elementi critici che caratterizzano la relazione genitore – bambino**.

Il PT favorisce la comprensione del proprio stile educativo e innesca un processo di **modificazione e di valorizzazione delle competenze genitoriali**.

Il **genitore diventa parte integrante dell'intervento terapeutico**, partecipa attivamente e sperimenta nuove abilità **nell'alleanza con il proprio figlio** enel personale ruolo genitoriale.



PARENT TRAINING

MODELLI ORGANIZZATIVI

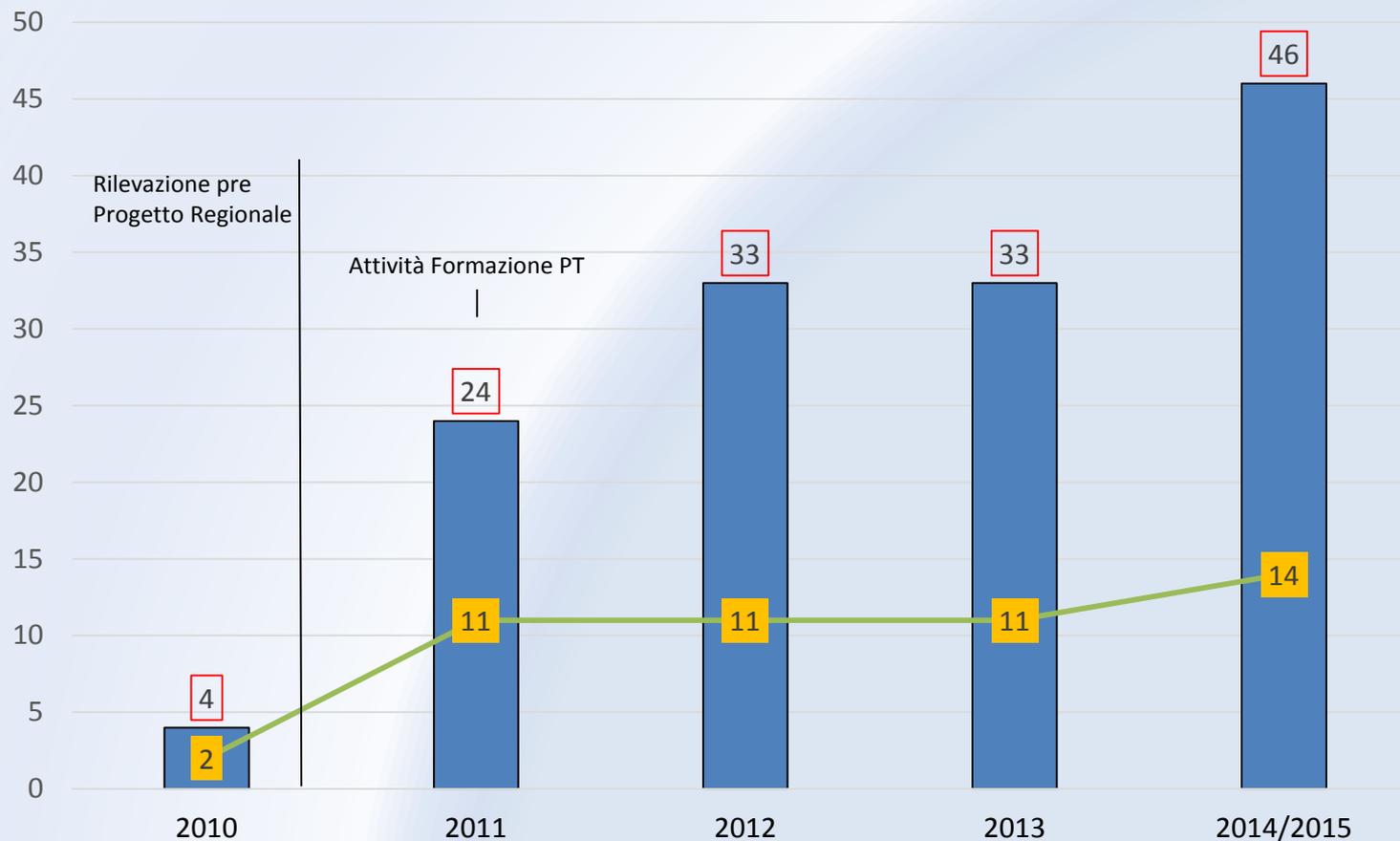
Vs

BISOGNI DELL'UTENZA



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

Sviluppo numero PT e CdR che li attivano



□ Numero di PT attivati

■ Numero di CdR attivi

1 settembre 2014 – 31 agosto 2015
Scheda indicatori ADHD (Revisione 5 novembre 2015)



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

Tipo di accesso	Diagnosi		Di cui ADHD con prescrizione di PT alla diagnosi
	No ADHD	ADHD	
Già in carico	67	358	159
Nuovo	855	1721	947
Totale	922	2079	1106

Totale PT attivati: 136 Totale pz con prescrizione di PT: 1106

Il numero pz dobbiamo trasformarlo in numero genitori: $1106 * 2 = 2212$



Calcolando che ad ogni PT partecipano 12 genitori (+/-): $2212 / 12 = 184$ i PT necessari per coprire i bisogni dell'utenza rispetto ai numeri del registro

$184 - 136 = 48$ è il gap di percorsi di PT che mancano al computo per rispondere a 2212 genitori

$136 * 12 = 1632$ numero di genitori che hanno effettivamente beneficiato dei percorsi di PT

$2212 - 1632 = 580$ numero di genitori ai quali non è stato fornito il PT per cui 290 pz scoperti



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

Periodo 1/9/2014 e 31/08/2015: Parent Training 46

Tipo di accesso	Diagnosi		Di cui ADHD con prescrizione di PT alla diagnosi
	No ADHD	ADHD	
Già in carico	15	57	20
Nuovo	224	391	200
Totale	239	497	269

Totale PT attivati: 46 Totale pz con prescrizione di PT: 269

Il numero pz dobbiamo trasformarlo in numero genitori: $269 * 2 = 538$

Calcolando che ad ogni PT partecipano 12 genitori (+/-): $538 / 12 = 45$ i PT necessari per coprire i bisogni dell'utenza rispetto ai numeri del registro

46 effettuati 45 necessari per rispondere a 538 genitori (Ok)

$46 * 12 = 552$ numero di genitori che hanno beneficiato dei percorsi di PT





I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

- Alcuni CdR hanno aumentato in modo considerevole i PT dall'inizio del progetto, (Percorsi di Formazione);
 - Nel biennio in fase conclusiva l'indice di crescita è stabile: in accordo con l'obiettivo di consolidamento, i CdR si sono impegnati nel mantenere il numero raggiunto;
 - Alcuni CdR si sono attrezzati e hanno sviluppato i percorsi di training nell'ultimo biennio
-
- L'indicatore rispetto alla ricaduta dovrebbe tenere in considerazione la differenza nel numero di risorse possedute da ogni ente.
 - Sebbene tutti abbiano i requisiti minimi per garantire il servizio e svolgere attività di CdR, il numero di training è calibrato rispetto al numero di risorse/paziente.

Sarebbe opportuno calcolare un indice di incremento tra risorse e servizi che tenga conto sia della progressione del progetto verso una stabilizzazione, e non verso una crescita costante, sia delle variabili differenti di partenza in ogni CdR che devono essere calibrate e ridefinite per non portare a percepiti differenti rispetto alla reale ricaduta



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

Possibili scenari futuri (?)

- Alcuni CdR hanno sviluppato una maggiore competenze ed organizzazione rispetto all'attivazione e implementazione dei training. Altri hanno sicuramente sviluppato una migliore organizzazione rispetto ad altri ambiti/obiettivi del progetto come ad esempio il percorso diagnostico.
- Potrebbe essere considerata l'opportunità di definire, rispetto a parametri quali ad esempio la territorialità, il numero di pz, le risorse disponibili, tramite protocolli e convenzioni aziendali, di specializzare alcuni CdR in alcuni ambiti specifici, come appunto i training, e altri in altre funzioni/obiettivo



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

La ricaduta della formazione dovrebbe essere valutata non solo in termini di quantità dei servizi attivati ma di qualità, misurabile anche attraverso la verifica di quali e quanti centri applichino il modello condiviso dai gruppi di lavoro.

Aderenza dei 18 CdR alla metodologia condivisa per i PT

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Colloqui di selezione gruppo	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ No aderenza	■ No aderenza	■ No aderenza	■ Totale	■ Totale	■ No aderenza	■ No aderenza	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ No aderenza				
N° Incontri	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ No aderenza								
Contenuti	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ No aderenza								
Durata	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale								
Gruppo	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ Totale								
Strumenti di valutazione	■ Totale	■ Totale	■ Totale	■ No aderenza	■ No aderenza	■ No aderenza	■ No aderenza	■ Parziale	■ Totale	■ Parziale	■ No aderenza								



Totale



Parziale



No aderenza



I nostri interventi: quantità, qualità, risorse, bisogni

Obiettivi futuri (ancora molto c'è da fare.....)

- Consolidamento degli interventi di training nei CdR; Formazione alle sedi territoriali per passaggio di competenze e modello funzionale di risposta ai bisogni vs risorse /Efficiente oltre che appropriato)
- Definizione e costruzione di interventi appropriati nella fascia di età adolescenziale (e negli adulti)
- Definizione e costruzione di interventi appropriati per disturbi in comorbidità (ADHD e DOP e DC)
- Definizione di maggiore appropriatezza rispetto ai bisogni del pz (tutti hanno necessità di training? Chi ne ha più bisogno e perché? Punti di forza e di criticità del paziente e della sua famiglia?)
- Definizione di interventi di formazione e strategie operative all'interno delle dimensioni accademica (scuola)
- Percorsi di formazione in un'ottica di prevenzione nelle scuole materne



PARENT TRAINING
CORNICE TEORICA
EFFICACIA? OPPORTUNO? EFFICIENTE?



Cos' è il Parent Training: perché?

Ha un senso? E' appropriato? E' efficiente un intervento sull'ambiente?

- ***Valenza Clinica***
- ***Valenza istituzionale - organizzativa***



Cos' è il Parent Training: valenza clinica

Il **DSM V** dice che l'ADHD è:

- Persistente pattern di inattenzione e/o iperattività-impulsività che interferiscono con il funzionamento e lo sviluppo del bambino. Insorgono prima dei 12 anni e devono essere osservabili in due o più ambiti da almeno 6 mesi;
- A prevalente manifestazione: combinata, inattentiva, iperattiva/impulsiva
- Con tre differenti gradi di severità: lieve, media e severa
- Non ci sono marker biologici:
 - Possibili anomalie EEG;
 - Possibile dismorfismi cerebrali (volume e ritardi di alcune aree)
- Non ci sono marker neuropsicologici:
 - Possibili anomalie ai test attentivi, memoria e FE

Il DSM V ha separato l'ADHD dai disturbi del comportamento:

- DOP E DC: disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi
- **ADHD: DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO**



Cos' è il Parent Training: valenza clinica

Doc Sinpia, ottobre 2015: “L’occorrenza di questi disturbi in una fase della vita in cui il SNC è in attiva evoluzione attraverso la **continua interazione tra dotazione innata e ambiente, tra fattori di rischio e fattori protettivi** ha portato recentemente i ricercatori a definirli unitariamente come “disturbi del neurosviluppo”, proprio per sottolineare come l’interazione tra i diversi fattori in gioco sia assai più dinamica, complessa e multifattoriale di quanto non avvenga nell’adulto, e modifichi quindi le caratteristiche dei disturbi, le loro conseguenze funzionali e l’effetto dell’ambiente edelle cure”.

Multifattorialità nella determinazione dei disturbi del neurosviluppo: sia lo sviluppo normale che psicopatologico si costruiscono dall’intreccio complesso e dal bilancio momentaneo, transitorio e nel lungo periodo tra **fattori di rischio** da un lato e **fattori protettivi** dall’altro (Cicchetti e Sroufe 2000; Rutter 2000; Bennett e AAVV 2002; Rutter, Moffitt, Caspi 2006; Dahmen e AAVV 2012)



Cos' è il Parent Training: valenza clinica

Fattori di rischio

Variabili individuali e/o ambientali che possono aumentare la probabilità dell'insorgenza, del mantenimento o dell'esito evolutivo sfavorevole di un disturbo

Fattori protettivi

Variabili individuali e/o ambientali che possono ridurre e fronteggiare l'impatto dei fattori di rischio e incrementano la probabilità di esiti evolutivi desiderabili

L'ambiente ha un ruolo di fattore protettivo:

Solidi legami di attaccamento, una buona relazione genitoriale, un parenting caldo, accogliente, sensibile, armonico, non giudicante possono essere dei mediatori potenti ed efficaci per impattare e rimodulare una linea di sviluppo con predisposizioni biologiche alla disregolazione emotiva e comportamentale (Disturbi del Neuro Sviluppo)



Cos' è il Parent Training: come «lavora»

Tramite:

- Analisi razionale-emotiva dell'essere genitore (di quel bambino)
- Realizzazione di nuove attribuzioni su di Se' e sul bambino (consapevolezza)
- Sintonizzazione (empatia, ascolto, non giudizio) del genitori con le difficoltà del bambino e con la sua "unicità";

e

Attraverso l'acquisizione di:

- Conoscenze sul disturbo
- Tecniche di gestione dei comportamenti problema
- Strategie di comunicazione e problem solving

promuove e favorisce

la "costruzione" di un clima familiare disposto all'uso di pratiche riflessive, ad una reciprocità regolatoria, ad un'attenzione consapevole, al riconoscimento dei bisogni e criticità dei suoi componenti in una progressiva costruzione di armonia, prevedibilità e buona relazione genitori - figli.

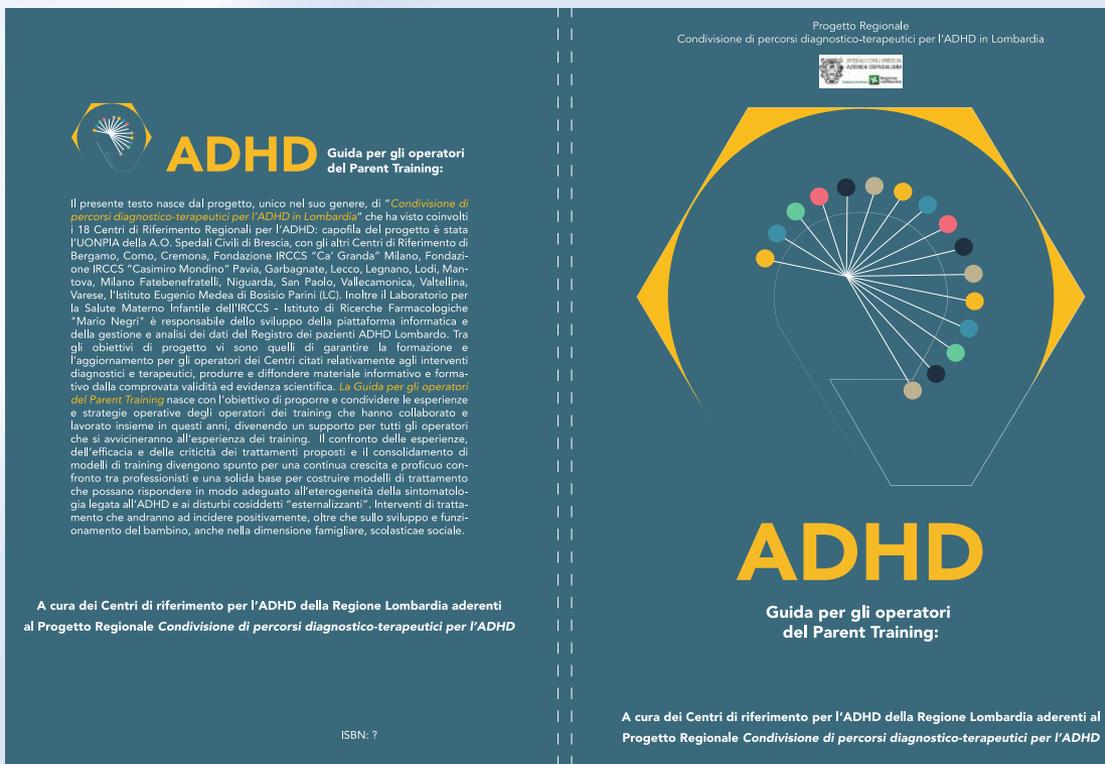


Cos'è il Parent Training: l'esperienza del Progetto Regionale Lombardo

I PT hanno una base metodologica che deriva dalle teorie dell'apprendimento sociale. Grazie alle competenze e al confronto tra gli operatori, si è sviluppato un intervento più aggiornato e completo, prendendo spunti da differenti orientamenti.

La condivisione del modello ha portato, tra le altre cose alla produzione di una:

Guida per gli
operatori del
Parent Training



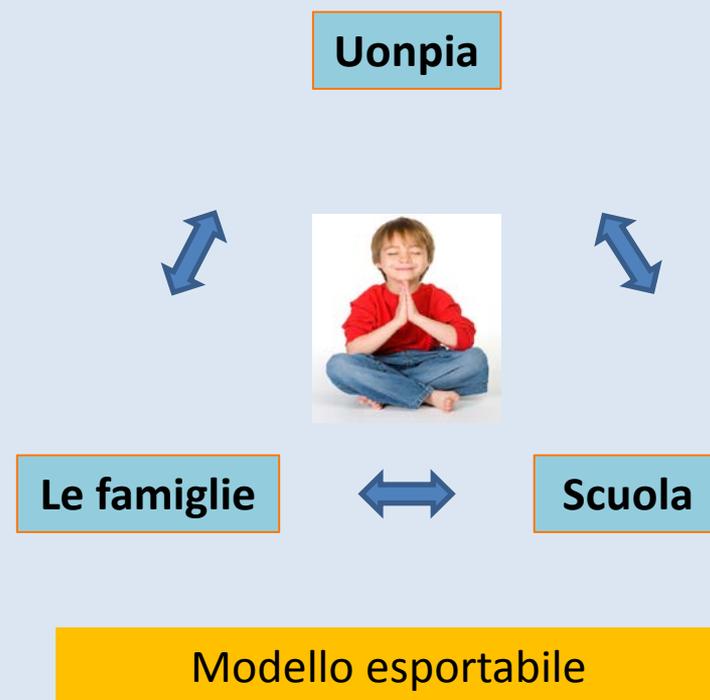


Cos' è il Parent Training:

La valenza «istituzionale - organizzativa»

Il PT ha un significato anche come trattamento, oltre che appropriato, efficiente rispetto ad un **modello organizzativo di un servizio di salute mentale**. L'importanza dei training (genitori, scuola, bambino) è anche strategica nel lungo periodo come risposta ai bisogni dell'utenza vs le risorse dei servizi

- **Coinvolge** nel percorso di trattamento il genitore rendendolo un soggetto attivo: risorsa nel processo e non più osservatore passivo
- **Ottimizza** le risorse in un momento di «crisi» e rinnovamento dei servizi (2 operatori per 12 genitori a percorso: almeno 4 percorsi all'anno per cui posso rispondere ad almeno 48 coppie di genitori che equivale a 24 bambini)
- **Costruisce** una **rete** di intervento che rappresenta un dimensione comune che fa fronte, protegge e accompagna lo sviluppo del bambino (**integrazione risorse**)





PARENT TRAINING

ASPETTI ORGANIZZATIVI CONDIVISI



Aspetti organizzativi condivisi

I partecipati potranno essere già conosciuti del CdR o inviati dalle sedi territoriali. I CdR sono sovrazionali per cui è possibile richiedere l'intervento di training prescritto nel CdR più adatto alle esigenze del bambino e della famiglia

- numero di partecipanti (min/max): 3/6 coppie, quindi 6/12 genitori;
- numero e durata degli incontri: 9/10 incontri di un'ora e mezza più un follow-up a sei mesi;
- collocazione temporale: un incontro ogni quindici giorni;
- spazio: adatto a incontri di gruppo con «formazione circolare e partecipata». Lavagna e spazio per lavorare;
- orario: mattina presto, pausa pranzo o fine giornata.
- conduttori: due conduttori con competenze sul disturbo ed esperienza nel lavoro clinico con le famiglie. I conduttori possono avere differente formazione, ma essa deve comunque essere coerente con il tipo di intervento psicoeducativo proposto e con la gestione delle dinamiche di gruppo.





Costruzione gruppo: selezione dei partecipanti

Colloquio clinico:

- Conferma diagnosi
- Famiglie monoparentali;
- Elevata conflittualità coniugale;
- Psicopatologia genitoriale;
- Inappropriate aspettative dei genitori;
- Resistenza al coinvolgimento nel processo di cura;
- Difficoltà interpersonali al lavoro in gruppo.



Il gruppo di PT, modello “comune”, non sono in grado di offrire un intervento appropriato per alcuni genitori, che fare?





PARENT TRAINING

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il Parent Training è efficace?



Linee guida NICE 2008

NICE National Institute for Health and Care Excellence

NICE
guidelin

**Attention deficit hyperactivity disorder:
diagnosis and management**

Clinical guideline
Published: 24 September 2008
nice.org.uk/guidance/cg72

© NICE 2008. All rights reserved.

- Il modello organizzativo dei servizi di salute mentale dovrebbero essere in grado di offrire un programma di training ai genitori (caregivers) come trattamento di prima linea
- Formazione di gruppo e/o individuali sono raccomandati come trattamenti essenziali per la gestione dei bambini con ADHD
- La formazione/training offerto ai genitori deve essere integrata con la formazione/training offerta alla scuola tramite il coinvolgimento dell'equipe insegnanti

Phd T.Kendall, National Collaborating centre for Mental health.
Cesenatico (Italy), 8 october 2015

Il Parent Training è efficace?



Minor impatto

Dimensione sintomatologica legata all' ADHD

Adattamento del bambino in famiglia e altri ambienti di vita

Maggior impatto

Relazione genitore – bambino:
percezione delle qualità del bambino

Acquisizione di maggior riflessività ed empatia
minor reazioni negative (punizioni)

Diminuzione dello stress genitoriale (migliora la
relazione, maggior senso di efficacia)

Intervento efficace:

- Definire quale è l'atteso rispetto all'intervento e quindi quale è la dimensione target che ha raggiunto l'intervento
- Misurare il benessere complessivo del bambino: non solo i sintomi nucleari dell'adhd (punti di forza del bambino, famiglia, scuola)
- Osservazione longitudinale: percorso evolutivo del bambino



Il Parent Training è efficace?

Condizioni che mediano l'efficacia dell'intervento

(Interagiscono con la procedura di trattamento e contribuiscono a dare la misura del risultato finale, Holmbeck, 1997)

Peculiarità
bambino/famiglia
(Formazione del gruppo)

- Età: l'efficacia diminuisce con l'aumentare dell'età;
- Diagnosi errate;
- Famiglie monoparentali;
- Elevata conflittualità coniugale;
- Presenza di psicopatologia genitoriale;
- Inappropriate aspettative dei genitori;
- Resistenza al coinvolgimento nel processo di cura;
- Difficoltà interpersonali al lavoro in gruppo.

Peculiarità di processo

- Formazione operatore e stile di conduzione. Il PT sarà maggiormente efficace se verrà realizzato in setting specializzati e quindi ripetibili e generalizzabili (*Sonuga-Barke e al., 2004*);
- Trattamenti in parallelo (Scuola, Bambino).

Il Parent Training è efficace?



Criticità e limiti degli studi sull'efficacia del PT:

- Pochi studi analizzano l'impatto del PT rispetto ai differenti sottotipi di ADHD (*Antschel & Remer, 2003*);
- Pochi studi analizzano l'impatto del PT rispetto alle differenti gravità (lieve, media e severa)
- Pochi studi analizzano l'impatto dei PT rispetto alle differenti comorbilità
- Pochi studi hanno evidenziato l'impatto sulle dimensioni target (bambino/famiglia) rispetto ad un intervento singolo e/o multimodale (PT vs TT vs CT)
- Le informazioni/strategie proposte nel PT sono tutte efficaci? (Es: difficoltà del bambino nella relazione tra pari (*Amori Yee Mikami & Allison Jack & Christina C. Emeh & Haley F. Stephens 2010*);
- Tutti la letteratura evidenzia difficoltà a comparare percorsi di training differenti per caratteristiche metodologiche, personali e organizzative (Progetto Regionale di Condivisione)





PARENT TRAINING

UN MODELLO DI RILEVAZIONE DI EFFICACIA DEL PROGETTO REGIONALE

Rilevazione efficacia



In che modo si sono attivati i CdR

Si è ritenuto utile e strategico il continuo lavoro di analisi e ricerca sulla misurazione di efficacia del PT rispetto a differenti domini di osservazione per quanto concerne il disturbo ADHD.

Abbiamo utilizzato strumenti già presenti in letteratura per la misurazione dell'efficacia del percorso e per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi attesi.

Rilevazione Quantitativa

- *Questionario sulla conoscenza dell'ADHD – versione a 19 item (Frigerio et al, 2014)*
- *APQ – Alabama Parenting Questionnaire versione a 35 (Benedetto e Ingrassia, 2013)*
- *Questionario sul senso di competenza genitoriale – versione a 16 item (Mash e Johnston, 1993)*
- *Parent Stress Index – versione a 36 item (Abidin, 2008)*
- *Questionario SDAG – versione a 18 item (Marzocchi, Re e Cornoldi, 2010)/SNAP-IV James M. Swanson, Ph.D.*
- *Conner's genitori*



Rilevazione efficace



Rilevazione Qualitativa

In ogni centro è nata l' esigenza poter utilizzare questionari qualitativi ad hoc (in alcuni come Cremona, Brescia, Garbagnate, Policlinico, S.Paolo è già consuetudine e il lavoro è in progress), al fine di misurare il processo di cambiamento rilevando e analizzando modificazioni percepite dal genitore nel proprio ruolo e nella relazione con il figlio.

Obiettivi futuri:

Diventa quindi fondamentale poter uniformare l' utilizzo degli strumenti quantitativi e qualitativi di rilevazione dell'efficacia per avere a disposizione training riconoscibili come interventi appropriati e poter avere rilevanti dati da utilizzare anche con scopi di ricerca (azione) ed evidenza.





Conclusioni

Abbiamo ancora 1 anno per continuare l'allenamento:

Migliorare le procedure di diagnosi e di trattamento, consolidare lo stato dell'arte, rinforzare le condivisioni e i legami tra diversi CdR e tra i CdR e le sedi territoriali.

Il progetto, complesso, faticoso ma potente e unico, ci offrirà un importante modello da poter essere utilizzato in contesti di salute mentale anche per altri disturbi in età evolutiva

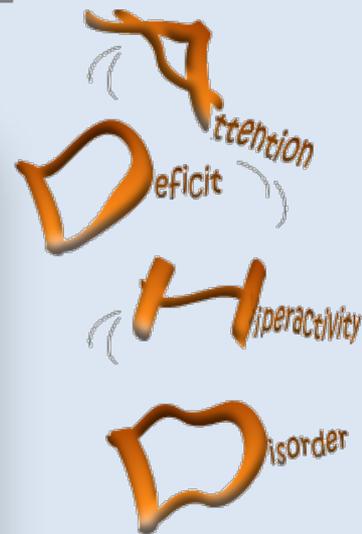
Buon lavoro a tutti.....



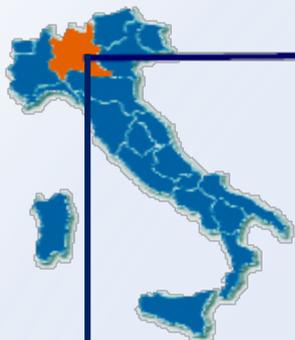
CONVEGNO

Percorsi diagnostici – terapeutici condivisi per l'adhd
Una risposta alle criticità e ai bisogni inevasi

Milano, 9-10 novembre 2015



GRAZIE



Azienda Ospedaliera
SPEDALI CIVILI BRESCIA

Claudio Bissoli

UONPIA , *Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Sistema Sanitario Regione Lombardia