



Venerdì 18 novembre 2016

Convegno

**LA RESIDENZIALITÀ TERAPEUTICA
PER MINORI:
BISOGNI, INDICAZIONI, EFFICACIA**

50° Anniversario
Centro "PAOLO VI"



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Valutazione di esito e percorsi di cura per i disturbi psichiatrici gravi in adolescenza

**Antonella Costantino Laura Reale,
Anna Didoni, Stefano Benzoni**



Evaluation

2.35 **The distinction between monitoring and evaluation** is important. Monitoring involves routinely collecting information on a day to day basis and using shared information resources and statistics to keep local and national health activity under surveillance. It is part of quality and safety assurance. Evaluation, on the other hand, is the formal assessment of the process and impact of a programme or intervention. Where an intervention is employed that has already been rigorously evaluated (for example, in NICE public health guidance) and demonstrated to be effective in equivalent conditions, then monitoring, rather than a full evaluation, is likely to be sufficient.

2.36 Complex public health interventions can be systematically evaluated, based on the relevant theory and evidence, if they use a well-planned, 'staged' approach to evaluation.

2.37 Formal outcome and process evaluation can be challenging, but it is an important way of assessing efforts to change behaviour. An effective evaluation is based on clearly defined outcome measures – at individual, community and population levels, as appropriate. Qualitative research looking at the experience, meaning and value of changes to individuals may also be appropriate. Methods and outcome measures are identified during the planning phase. In addition, effective interventions specify their 'programme theory' (or reason why particular actions are expected to have particular outcomes). They also use a framework of 'action – reason – outcome' to guide evaluation (Campbell et al. 2000; Campbell et al. 2007; Flay 1986; Nutbeam 1998; Pawson 2006; Weiss 1995)



“An **outcome measure** in mental health care can be defined as a tool used to measure the effect on a person’s mental health as a result of health care intervention, plus any additional extra-therapeutic influences”

(Slade M. Aust N Z J Psychiatry, 2002)

“Una misura di esito in salute mentale può essere definita come uno strumento utilizzato per misurare l'effetto sulla salute mentale di una persona di un intervento sanitario e di eventuali influenze extra-terapeutiche aggiuntive”



LE MISURE DI ESITO SONO FONDAMENTALI:

- per consentire scelte cliniche informate, e garantire il miglior piano di cura [livello singolo operatore e pazienti]
"to inform clinical decision making and enable the clinician to adjust treatment planning accordingly."
(Kelley et al., 2009)
- per consentire il miglioramento continuo di qualità del servizio offerto. [livello servizio]
"as a component of ongoing service-level quality improvement."
(Bickman LA. 2008)
- per assicurare scelte appropriate in termini di allocazione di risorse ai servizi, in particolare a livello organizzativo-gestionale in ambito sanitario, dove è necessaria una distribuzione delle risorse, limitate, finalizzata al raggiungimento del migliore esito. [livello organizzativo]
"to ensure appropriate decision making around funding of services, particularly at a government level where health resources are limited and need to be distributed to achieve the best outcomes."
(Brann et al., 2010)



USO DELLE MISURE DI ESITO: QUALE UTILITÀ (?)

- Aumentare l'accuratezza diagnostica
- Migliorare la comunicazione tra pazienti, famiglie e clinici
- Aumentare l'appropriatezza nel monitoraggio degli interventi
- Migliorare l'outcome a lungo termine (Bearman et al., 2015; Bickman et al., 2011)
- **Portare la ricerca fuori dai laboratori, nella pratica clinica**
- «Attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, la valutazione funzionale ha lo scopo di descrivere i profili dei diversi soggetti, tenendo conto quindi non solo delle singole forme, ma anche delle caratteristiche del funzionamento della persona e delle variazioni nelle competenze che avvengono su base temporale e sulla base dei diversi interventi, al fine di permettere di orientare la valutazione delle priorità e la personalizzazione dell'intervento» (fasce d'età, disturbi...)



Se la valutazione di esito degli interventi per il singolo, per il servizio, per la collettività, rappresenta un tema ineludibile per la pratica clinica contemporanea, essa assume un'importanza ancora maggiore nelle situazioni di complessità e richiede una grammatica e una sintassi specifiche

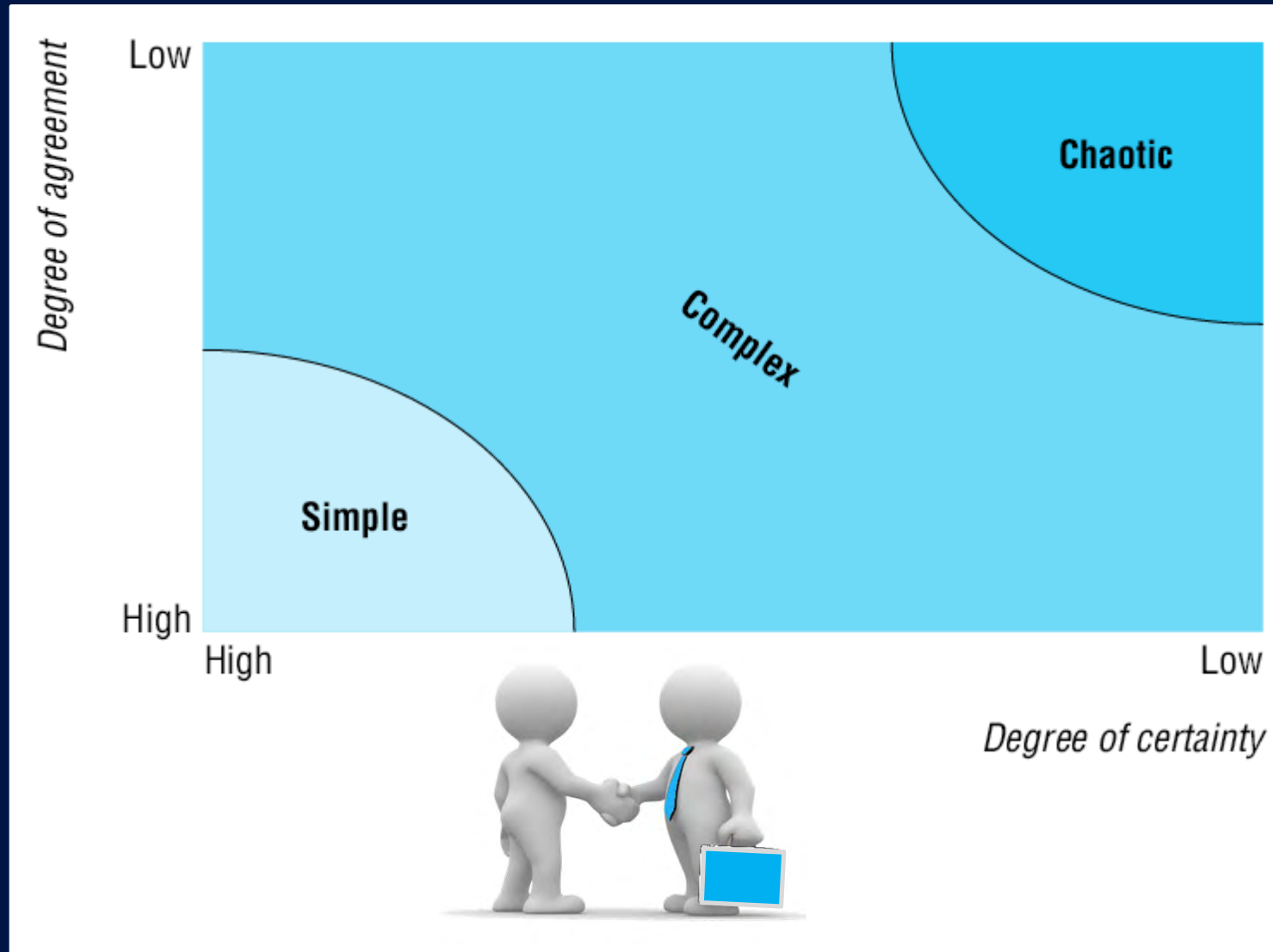


Grammatica/Grammar

Input
Activity
Output
Outcome
Impact

Rosenberg 1969, Guilbert 1969, Rossi e Freeman 1979,
Blythe e Tripodi 1989, EU Logframe matrix 2004,
Logic Model 2013, SROI 2012, Geces 2014, ...

The certainty-agreement diagram





COMPLESSITA' (?)

Box 2 What makes an intervention complex?

Some dimensions of complexity

- Number of and interactions between components within the experimental and control interventions
- Number and difficulty of behaviours required by those delivering or receiving the intervention
- Number of groups or organisational levels targeted by the intervention
- Number and variability of outcomes
- Degree of flexibility or tailoring of the intervention permitted

Implications for development and evaluation

- A good theoretical understanding is needed of how the intervention causes change, so that weak links in the causal chain can be identified and strengthened
- Lack of impact may reflect implementation failure (or teething problems) rather than genuine ineffectiveness; a thorough process evaluation is needed to identify implementation problems.
- Variability in individual level outcomes may reflect higher level processes; sample sizes may need to be larger to take account of the extra variability, and cluster- rather than individually-randomized designs considered.
- Identifying a single primary outcome may not make best use of the data; a range of measures will be needed, and unintended consequences picked up where possible.
- Ensuring strict fidelity to a protocol may be inappropriate; the intervention may work better if adaptation to local setting is allowed.



“La complessità richiede di agire congiuntamente sui diversi fattori in gioco, personali e sociali, integrando responsabilità e risorse di diversa natura”.

T. Vecchiato, Studi Zancan, 4, 2004



**Developing and
evaluating complex
interventions:**
new guidance



LA VALUTAZIONE DI ESITO COME (?)

Multidimensionalità nella valutazione

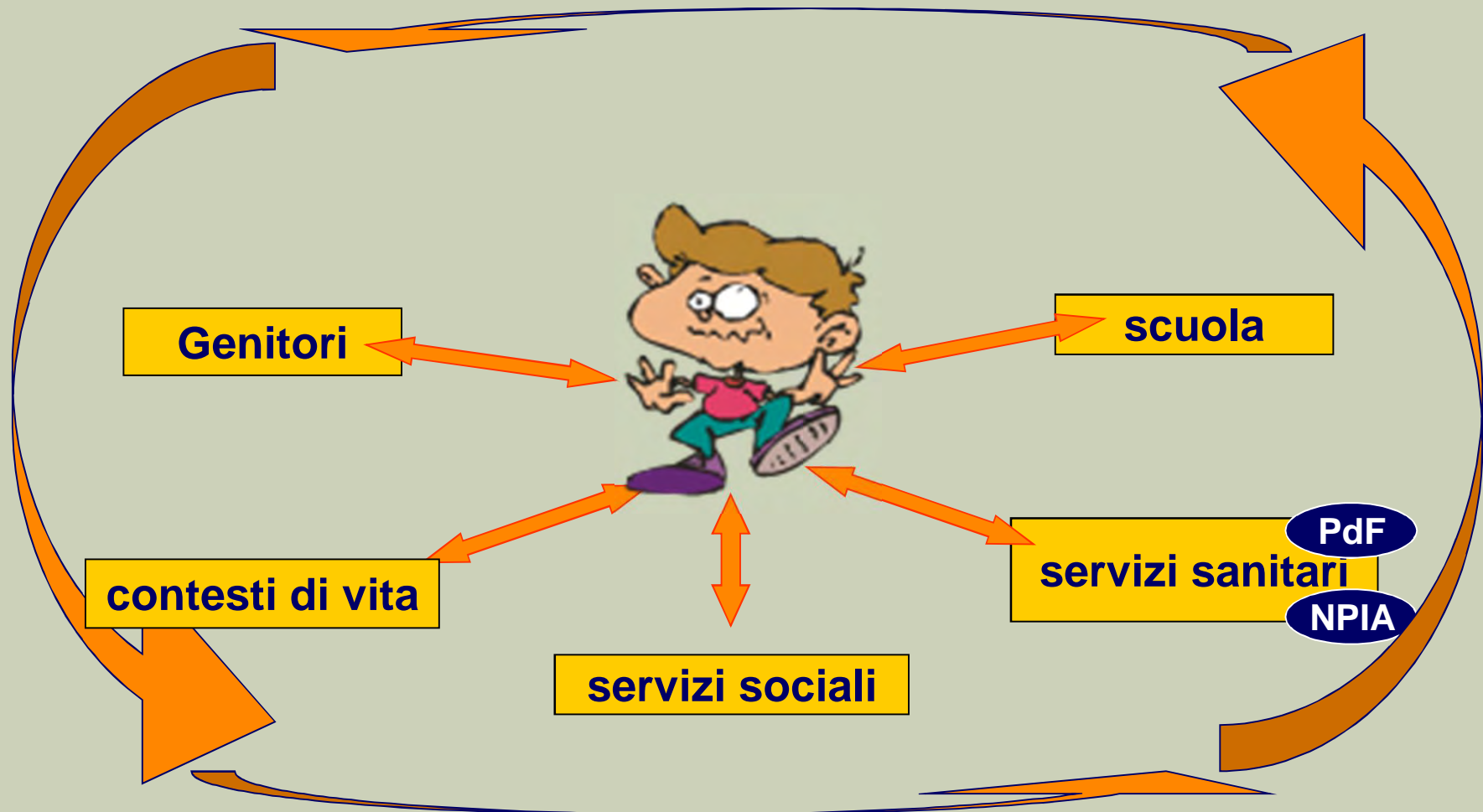
«Condurre ricerche sull'efficacia degli interventi in neuropsichiatria dell'età evolutiva pone però sfide significative a causa della natura multifattoriale dei disturbi, degli effetti della frequente comorbidità, della variabilità degli interventi possibili e delle loro diverse combinazioni, dell'impatto sugli esiti delle componenti relative allo sviluppo ed alla variabilità dei contesti in cui gli interventi avvengono.

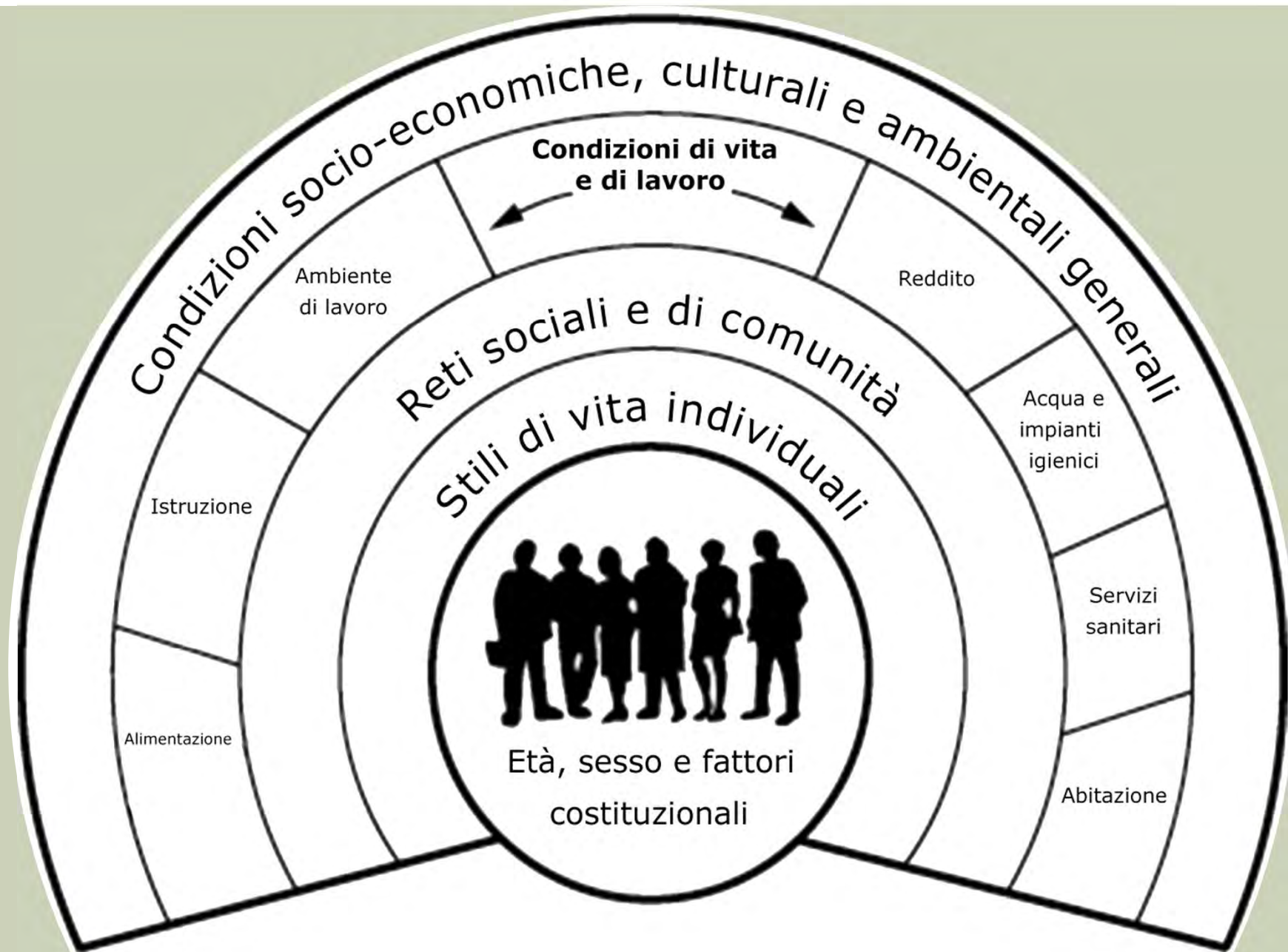
Come i disturbi, anche gli interventi (soprattutto quelli non farmacologici) si collocano nell'ambito di un processo complesso e multimodale, a lungo termine, devono essere integrati con la vita quotidiana e implicano in genere componenti multiple.

I quadri funzionali degli utenti possono essere molto diversi anche a fronte della stessa diagnosi, variare significativamente con l'età e diversificarsi ulteriormente per la collocazione educativa (scuole normali o, in altre nazioni, educazione speciale), per le terapie precedenti, per le condizioni mediche associate.

Inoltre, i bambini sperimentano diverse relazioni sociali e interazioni con persone diverse in ambienti diversi, ognuno dei quali può influenzare il processo e avere aspettative diverse relativamente agli esiti.»

«...La presenza di una pluralità di soggetti con sguardi, valori, ruoli e responsabilità diversi, che contribuiscono ciascuno alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento dei risultati attesi, richiede che la **multidimensionalità** si intrecci con la **multiassialità** dei diversi punti di vista, che viene a rappresentare non solo un elemento essenziale della valutazione iniziale con il paziente e la sua famiglia, per poter individuare e concordare adeguatamente le priorità, ma un componente ineludibile della strutturazione degli interventi e della valutazione degli esiti. ...»







COSA DEVE TENERE IN CONSIDERAZIONE? 1

- i diversi punti di vista,
- le interazioni (complesse) tra:
 - famiglia
 - utente
 - servizi
- i fattori
 - sanitari
 - educativi
 - sociali

che possono aver contribuito agli esiti stessi
- la variabilità di esito “normale” nei bambini e nei ragazzi di differenti età e stadi di sviluppo.



COSA DEVE TENERE IN CONSIDERAZIONE? 2

Le dimensioni (Ruggeri; Camuffo-Costantino) e/o i domini (Fonagy) possibili sono numerosi e non sempre, anche solo parzialmente, sovrapponibili

Per includere tutto questo è necessario:

approccio multidimensionale che consideri

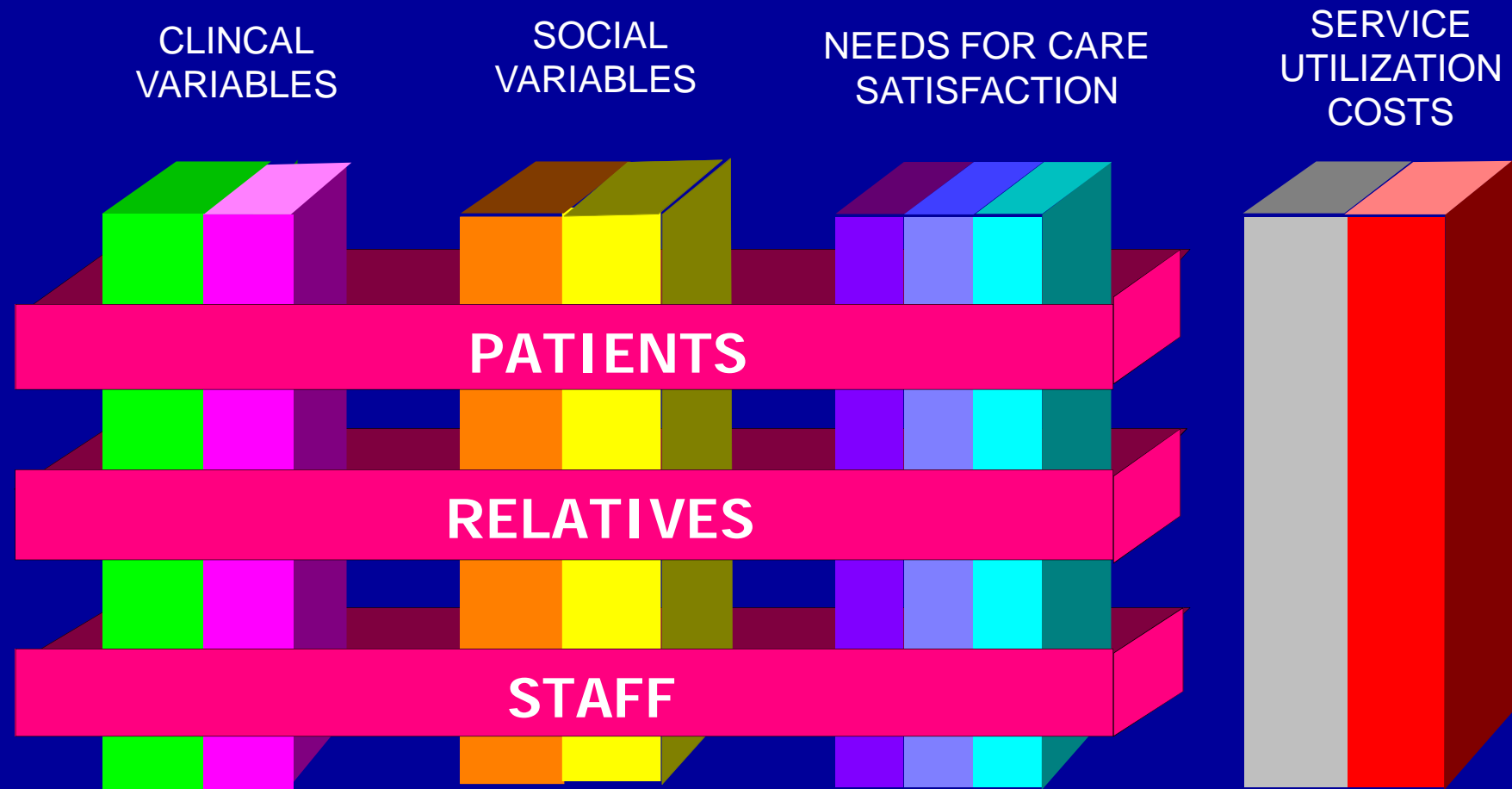
- i sintomi clinici e loro gravità
- Il funzionamento sociale e generale
- I bisogni
- lo stato di salute e la disabilità,
- la qualità della vita
- il carico familiare della malattia
- la soddisfazione degli interessati
- la salute della comunità
- l'utilizzo dei Servizi,
- i costi
- l'organizzazione del sistema

principali domini di valutazione sono:

- Livello sintomatologico o diagnostico
- Livello meccanismi di base dei disturbi
- Livello adattamento all'ambiente psicosociale
- Livello di utilizzo dei Servizi
- Livello transazionale
- Livello soddisfazione degli utenti (genitori, ragazzi ma anche stakeholders) nei confronti dei Servizi.

importante mantenere un **livello multiplo di valutazione**

Multidimensional and multiaxial model for outcome assessment in mental health settings





VALUTAZIONE DI ESITO ???

Per poter valutare gli esiti è **necessario**
trovare **modalità per integrare i risultati singoli** in un quadro complessivo.

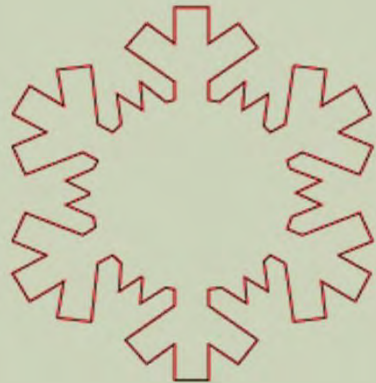
Alcuni interventi infatti potrebbero comportare miglioramenti solo in alcune aree o addirittura peggioramento in altre:

- In caso di trattamento farmacologico è possibile che assumendo il farmaco alcuni sintomi migliorino e altri peggiorino, o si manifestino effetti collaterali che comportano un peggioramento della salute fisica
- in alcune psicoterapie infantili, a fronte di un miglioramento sintomatologico dell'utente, può accadere di osservare un peggioramento del funzionamento familiare
- Collocando un minore in comunità è possibile lavorare su alcune aree ma è anche possibile che l'allontanamento dal contesto di vita comporti la perdita della rete sociale

L'integrazione dei diversi indicatori è un'operazione estremamente complessa, così come la definizione di una possibile gerarchia in base all'importanza degli stessi.



...MA



«La maggior parte degli studi presenti in letteratura va a valutare gli esiti degli interventi nel breve periodo, su popolazioni altamente selezionate, analizzando gli effetti separati delle singole componenti e con strumenti di outcome centrati su singoli domini»



PROBLEMI CON L'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI

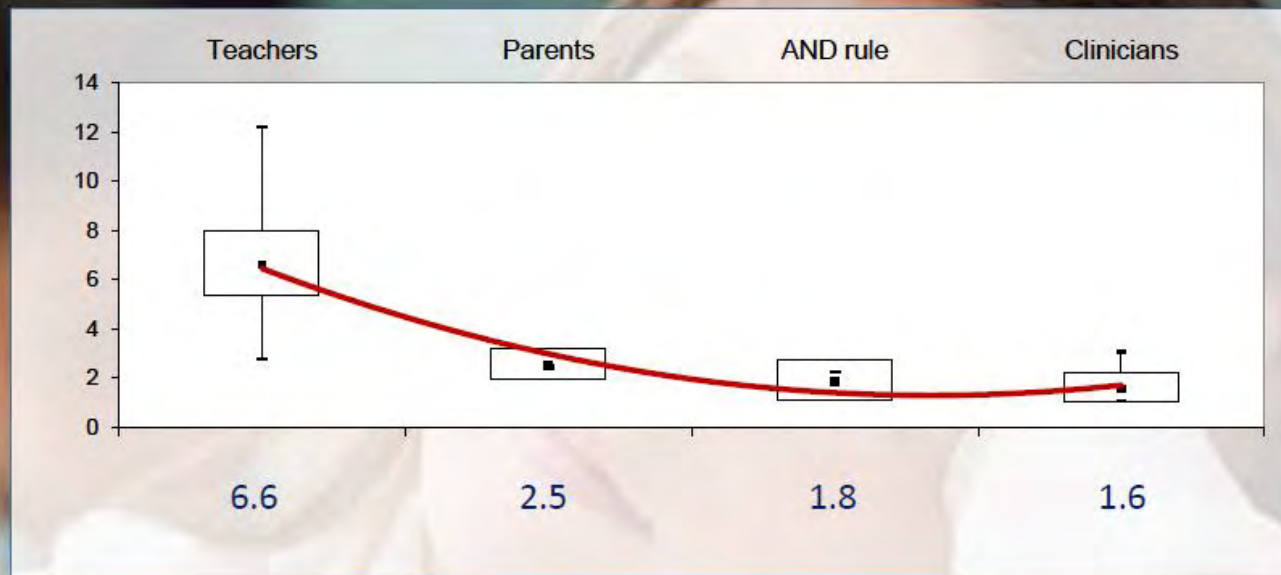


- Test diretti:
 - Valutano direttamente sull'utente aree specifiche
 - Sono considerati maggiormente "oggettivi"
 - Richiedono la collaborazione dell'utente
- Test indiretti:
 - questionari o interviste semistrutturate per i genitori e gli insegnanti
 - Questionari o interviste semistrutturate autocompilati dagli utenti

 - Portano il punto di vista di chi compila
 - Spesso diversi compilatori hanno sguardi diversi

STRUMENTI DI VALUTAZIONE: CONOSCERE BENE I PREGI E I LIMITI

Italian ADHD prevalence



*Reale L, Bonati M.
False positives are a significant problem in child and adolescent ADHD prevalence estimates: implications in practice .
2016 (submitted)*



VALUTAZIONE DI ESITO SINTOMI CLINICI

il criterio cardine per misurare l'efficacia è la riduzione del sintomo.

È il livello rispetto al quale gli strumenti di valutazione hanno avuto il maggior sviluppo. La valutazione dei sintomi può essere diversa a seconda della fonte (insegnanti, operatori, genitori, utente stesso), ed è pertanto opportuno utilizzare modalità che permettano di aggregare i diversi punti di vista raccolti. Inoltre, la risomministrazione degli strumenti è sempre soggetta ad una tendenza al miglioramento del profilo complessivo, di cui va tenuto adeguato conto nell'interpretare i risultati. **La sola valutazione del sintomo a breve termine non è sufficiente come indicatore di esito a lungo termine né dell'effettivo funzionamento dell'utente nel quotidiano.**

A CAMHS Intensive Treatment Service: Clinical outcomes in the first year

Fiona Duffy and Joanne Skeldon

h Hospital, Scotland, UK

Clinical Child Psychology
and Psychiatry
2014, Vol 19(1) 90-99
© The Author(s) 2012
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1359104512468287
ccp.sagepub.com

Psychotherapy (Chic), 2014 Mar;51(1):148-58. doi: 10.1037/a0036026.

Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study.

Göttken T¹, White LO¹, Klein AM¹, von Klitzing K¹.

Author information

¹Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, University of Leipzig.



MASC

1.	Mi sento teso o ansioso	0	1	2	3
2.	Ho bisogno d'approvazione per fare le cose	0	1	2	3
3.	Ho paura che gli altri ridano di me	0	1	2	3
4.	Quando i miei genitori escono di casa ho paura	0	1	2	3

CBCL6-18

0	1	2	1.	Agisce in modo infantile per la sua età
0	1	2	2.	Beve alcolici senza l'approvazione dei genitori (descrivere): _____
0	1	2	25	Non va d'accordo con gli altri bambini / ragazzi
0	1	2	26	Non sembra sentirsi in colpa dopo essersi comportato male
0	1	2	27	Si ingelosisce facilmente
0	1	2	28	Infrange le regole a casa, a scuola, o altrove



SINGOLE SCALE, LIMITI?

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Feb;46(2):252-60.

Reliability and validity of parent and child versions of the multidimensional anxiety scale for children in community samples.

Baldwin JS¹, Dadds MR.

Due scale insieme

Behav Res Ther. 2000 Aug;38(8):835-55.

Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale.

Chorpita BF¹, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE.

Autovalutazione

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Oct;38(10):576-85.

Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents.

Stevens GW¹, Pels T, Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Crijnen AA.

FUNZIONAMENTO SPECIFICO...

Clin Neuropsychol. 2010 Apr;24(3):468-80. doi: 10.1080/13854040802585048. Epub 2009 Jan 29.

Advancing the profession of clinical neuropsychology with appropriate outcome studies and demonstrated clinical skills.

Prigatano GP¹, Morrone-Strupinsky J.

Int J Psychiatry Med. 2015;50(4):347-60. doi: 10.1177/0091217415612701. Epub 2015 Nov 2.

Psychiatric and neuropsychological issues in Marfan syndrome: A critical review of the literature.

Gritti A¹, Pisano S², Catone G², Iuliano R³, Salvati T⁴, Gritti P².

Schizophr Res. 2015 Mar;162(1-3):108-11. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.016. Epub 2015 Jan 24.

Compensatory cognitive training for people with first-episode schizophrenia: results from a pilot randomized controlled trial.

Mendella PD¹, Burton CZ², Tasca GA³, Roy P¹, St Louis L⁴, Twamley EW⁵.

Analysis of covariance results comparing conditions at post-treatment and controlling for baseline scores.

	Baseline mean (SD) score (CCT; n = 16)	Post-treatment mean (SD) score (CCT; n = 16)	Baseline mean (SD) score (TAU; n = 11)	Post-treatment mean (SD) score (TAU; n = 11)	F(1,24)	p	η ² , effect size
MCCB Composite	35.4 (7.0)	41.0 (6.8)	34.6 (10.6)	34.5 (13.2)	11.86	.002	.350, large
Trail Making, part A	40.6 (9.8)	47.3 (11.0)	37.4 (12.1)	36.6 (15.0)	5.20	.032	.178, large
Symbol Coding	34.8 (7.9)	40.9 (9.2)	36.5 (12.1)	38.8 (11.8)	1.91	.180	.074, medium
HVLT-R	41.8 (9.3)	41.5 (6.6)	39.8 (7.6)	37.1 (10.9)	1.34	.259	.053, small
Spatial Span	46.7 (6.8)	47.6 (10.7)	45.0 (11.2)	46.7 (7.4)	0.01	.928	.000, no effect
Letter-Number Sequencing	38.3 (5.2)	41.5 (8.2)	36.3 (9.0)	36.3 (12.1)	1.35	.257	.055, small
Mazes	42.5 (9.6)	46.9 (8.2)	42.7 (12.7)	42.8 (12.8)	1.61	.217	.063, medium
BVMT-R	44.9 (9.7)	46.9 (7.0)	41.5 (11.0)	42.3 (14.8)	0.41	.526	.017, small
Category Fluency	43.9 (6.5)	45.6 (10.0)	40.1 (8.2)	42.0 (15.4)	0.27	.607	-.011, small
MSCEIT	42.8 (12.2)	47.3 (9.5)	46.3 (10.8)	42.3 (10.7)	4.69	.041	.170, large
CPT-IP	40.9 (12.0)	42.7 (9.7)	34.0 (6.4)	36.2 (7.0)	0.76	.392	-.032, small
UPSA-B Total	73.9 (13.8)	75.4 (11.8)	71.0 (13.2)	71.9 (15.6)	0.20	.657	.008, no effect
PANSS positive symptom score	9.7 (3.2)	8.2 (2.4)	10.8 (5.7)	8.1 (1.9)	0.06	.802	-.003, no effect
PANSS negative symptom score	16.5 (5.4)	16.1 (8.9)	14.5 (7.7)	13.5 (7.8)	0.17	.684	-.008, no effect
CDSS depressive symptom score	3.2 (3.4)	2.3 (2.4)	5.6 (4.1)	3.7 (2.7)	0.10	.752	-.005, no effect



VALUTAZIONE DI ESITO FUNZIONAMENTO SOCIALE E ADATTAMENTO

ovvero del **funzionamento dell'utente rispetto alle richieste quotidiane dell'ambiente**. In questo caso, gli strumenti a disposizione sono più limitati e presentano una minore riproducibilità dei risultati quando somministrati da operatori diversi, soprattutto nella pratica clinica. Gli studi che utilizzano questo tipo di indicatori di esito sono meno frequenti in letteratura rispetto ai primi. Cosa possa essere considerato un positivo adattamento all'ambiente è inoltre fortemente soggetto a componenti culturali e sociali, e in continuo cambiamento nelle diverse epoche storiche.

- Valutazione del funzionamento adattivo
- 4 scale standardizzate (Tassè et al., 2012):
 - AAMR Adaptive Behavior Scale (ABS) (Nihira et al., 1993, ABS-S.2 rev. 1998)
 - Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R) (Bruininks et al., 1996)
 - Vineland Adaptive Behavior Scales –Second Edition (Vineland II) (Sparrow et al., 2005)
 - Adaptive Behavior Assessment System-II Ed.(ABAS II) (Harrison e Oakland, 2003; Orsini 2014)
- 10 aree adattive (AAMR, 1992; DSM-IV)
- 3 domini (AAIDD; DSM V)
- Concettuale (comunicazione, competenze scolastiche, autocontrollo)
- Sociale (tempo libero, socializzazione)
- Pratico (cura di sé, vita a casa, uso dell'ambiente, salute e sicurezza)

PEDIATRICS Volume 124, Number 1, July 2009

Functional Status Scale: New Pediatric Outcome Measure

POLLACK et al



FUNZIONAMENTO GLOBALE

- CGAS
- CGI-S
- CAFAS
- GAF
- ICF
- Honosca
- ...

[Adm Policy Ment Health](#), 2006 Nov;33(6):682-95.

Are CAFAS subscales and item weights valid? A preliminary investigation of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale.

[Bates MP](#)¹, [Furlong MJ](#), [Green JG](#).

⊕ Author information

Abstract

Presents a psychometric analysis of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS), one of the most commonly used measures of functional impairment in youths with emotional and behavioral disorders. Specific aims of the current investigation were to (a) examine the conceptual organization of the CAFAS items, (b) explore its scaling properties, and (c) investigate its construct validity. In Phase 1, a group of advanced graduate students and clinicians rated CAFAS items with respect to the degree that they reflect the originally assigned subscales. In Phase 2, additional raters assigned severity values to the subset of CAFAS items selected from Phase 1. Items were then scaled using simplified successive intervals scaling techniques. Results show differences between new empirically derived item weights and the original scoring method. This investigation highlights the benefits of continued examination and critique of level-of-functioning scaling for diagnosis, treatment, and prognosis in children and adolescents.

[Psychiatr Danub](#). 2015 Sep;27 Suppl 1:S357-63.

HoNOSCA in an adolescent psychiatric inpatient unit: an exploration of outcome measures.

[Yuan JM](#)¹.

⊖ Author information

¹School of Clinical Medicine, University of Cambridge, Cambridge, UK, jmy26@cam.ac.uk.



Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems

Nenad Kost:

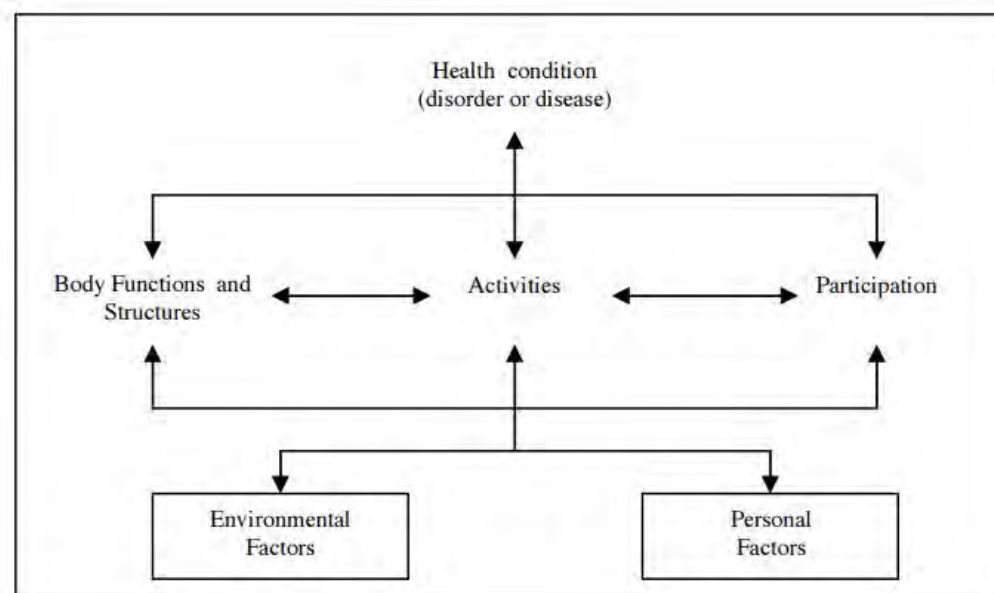


Figure 1 Interactions between the components of ICF

LA SCALA DEI QUALIFICATORI....

5	0	nessun problema
10		
15		
20		
25	1	problema lieve
30		
35		
40		
45		
50	2	problema medio
55		
60		
65		
70		
75		
80		
85		
90		
95	3	problema grave
100	4	problema completo

VALUTAZIONE DI ESITO QUALITÀ DI VITA

Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities
Volume 6 Number 1 pp 11–18 March 2009

Choice as an Aspect of Quality of Life for People With Intellectual Disabilities

Ivan Brown* and Roy L. Brown†

*University of Toronto, Toronto, ON; and †University of Victoria, Victoria, BC,

Abstract Choice, a concept included in the quality of life approach, is frequently its components have not been described clearly. Drawing on conceptual considerations extend what is known about choice, and set out a conceptualization of its choice-making. The most important characteristics of opportunities are broad characteristics of choice making are freedom, initiative, and skill. The authors consider discussing numerous practical issues and providing suggestions for application.

Adm Policy Ment Health, 2012 Mar;39(1-2):30-40. doi: 10.1007/s10488-011-0385-5.

Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale-PTPB Version (BMSLSS-PTPB): psychometric properties and relationship with mental health symptom severity over time.

Athav MM¹, Kellev SD, Dew-Reeves SE.

⊕ Author information

Abstract

Youth life satisfaction is a component of subjective well-being, an important part of a strengths-based approach. The psychometric properties of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale-PTPB Version showed evidence of construct validity with significant correlations as expected to measures of youth hope relationship as expected to youth treatment outcome expectations. A longitudinal analysis was conducted reported life satisfaction and mental health symptom severity (youth-, caregiver-, and clinician-report) for 3: home treatment. Results indicated that life satisfaction consistently increased over the course of treatment symptom severity, as rated by all reporters, decreased over the course of treatment. Implications, future discussed.

Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities
Volume 7 Number 4 pp 283–294 December 2010

Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability

Wil H. E. Buntinx* and Robert L. Schalock†

*Department of Health Organization, Policy and Economics & Governor Kremers Center, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands; and †Hastings College, Chewelah, WA, USA



Evaluation and Program Planning 31 (2008) 181–190

**EVALUATION
and PROGRAM PLANNING**

www.elsevier.com/locate/evalprogplan

The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities

Robert L. Schalock^{a,*}, Gordon S. Bonham^b, Miguel A. Verdugo^c

^aHastings College (Nebraska), P.O. Box 285, Chewelah, Washington, DC 99109, USA

^bBonham Research, Baltimore, MD, USA

^cDepartment of Psychology, Institute for Community Inclusion, University of Salamanca, Spain

Received 17 September 2007; received in revised form 2 February 2008; accepted 2 February 2008

VALUTAZIONE DI ESITO LIVELLO TRANSAZIONALE E CARICO FAMILIARE

ovvero delle interazioni tra il bambino e il suo ambiente e viceversa. Le variabili coinvolte sono praticamente infinite e quindi difficilmente considerabili nella loro globalità. Recentemente sono stati sviluppati diversi strumenti di valutazione delle variabili familiari, scolastiche e sociali che possono avere un impatto positivo o negativo sia sulla comparsa del disturbo che sull'aderenza al trattamento e sulla sua evoluzione positiva. In genere però essi vanno a misurare aspetti dell'ambiente che possono influenzare le interazioni, più che non la qualità e il cambiamento delle interazioni stesse.

Deighton et al. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2014, 8:14
<http://www.capmh.com/content/8/1/14>



[Arch Gen Psychiatry](#), 1997 Sep;54(9):817-22.

A global scale to measure the quality of the family environment.

Rev JM¹, Singh M, Hung SF, Dossator DR, Newman L, Plapp JM, Bird KD.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Simple, reliable measures of the quality of the environment in which a child was reared that can be used in clinical research practice are lacking.

METHOD: The reliability and validity of a global scale to retrospectively appraise the quality of that environment were examined. Fifty-three (from 4 centers in Australia and 1 in Hong Kong, People's Republic of China, used the scale to rate 7 case vignettes; 4 clinicians rated 20 medical records, and 49 rat

RESULTS: Interrate 0.89 for clinical inte
[J Consult Clin Psychol](#), 1997 Jun;65(3):453-63.

CONCLUSIONS: O
Ratings may be use

⊕ Author information

Abstract

Barriers to participation in treatment were proposed as a basis for dropping out of treatment among children seen in outpatient therapy. Families (N = 242) of children referred for treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior participated. The main findings were that (a) barriers to participation in treatment contributed significantly to dropping out of therapy; (b) perceived barriers to treatment were not explained by family, parent, and child characteristics that also predicted dropping out; and (c) among families at high risk for dropping out of treatment, the perception of few barriers attenuated risk. Parent perceptions of the difficulties of participating in treatment (including stressors and obstacles associated with treatment, perceptions that treatment is not very relevant, and a poor relationship with the therapist) influenced who dropped out.

REVIEW

Open Access

Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures

Jessica Deighton^{1*}, Tim Croudace², Peter Fonagy³, Jeb Brown⁴, Praveetha Patalay¹ and Miranda Wolpert¹

VALUTAZIONE DI ESITO UTILIZZO DEI SERVIZI

Trattandosi in buona parte di patologie che possono cronicizzare e essere ad elevato consumo di risorse, è stato ipotizzato che la variazione nell'utilizzo dei servizi possa rappresentare uno dei possibili indicatori di esito, sia come proxy dello stato di salute degli utenti (si presume che un utente che sta meglio abbia minore necessità di uso dei servizi) che come elemento direttamente rilevante per gli stakeholders (interessati alla diminuzione della spesa). Alla luce della multi modalità necessaria per molti disturbi e dello scenario temporale che li contraddistingue, è necessario che la valutazione sia longitudinale e includa tutte le diverse tipologie di servizi che possono essere coinvolte, nonché frequenza, intensità e durata dei trattamenti stessi e livello di integrazione tra di essi. Si tratta inoltre di elementi fortemente influenzati dalla situazione organizzativa dei diversi paesi. Ad esempio, l'introduzione di alcune modalità di intervento educativo e domiciliare ha determinato una drastica diminuzione dei ricoveri nei paesi che avevano un tasso di ricoveri elevato come gli USA, ma non lo ha fatto in paesi che avevano già sviluppato un modello di servizi di comunità a basso utilizzo delle strutture di ricovero come la Gran Bretagna e l'Italia, a parità di esito clinico per gli utenti. In altre situazioni, il buon esito può essere rappresentato, almeno temporaneamente, da un aumentato accesso ai servizi di popolazioni che in precedenza non erano curate.

UTILIZZO DEI SERVIZI, QUALI POSSIBILI INDICATORI SPECIFICI

Indicatore di esito = riduzione numero di ricoveri ordinari
riduzione dei costi

- Un esempio: Intensive Outreach Teams (IOT):

Table 1. Main characteristics of studies.

Ref.	Year	Country	Setting	Target Disease	Involved Population [N]	Studied Patients [N]	[Age]	
Duffy	2014	UK	Tier Four CAMHS structure	MDs	Patients	71	7-17	
Fuggle	2014	UK	NHS and a specialist multi-disciplinary and multi-agency team working within a local authority social care service	SUDs MDs	Patients	44 64	<18	
Lower	2014	UK	NHS: Central Norfolk Early Intervention Team	Psychosis	Patients	57	14-17	
Adrian	2014	UK	ARC: Tier 4 service inpatient, day and intensive outreach units	MDs	Patients	287	14-17	
Lee	2013	Australia	Youth Stop services	MDs	Patients	20	14-21	
Lipton	2012	Canada	Healthy Minds/Healthy Children Outreach Service	MDs	MH practitioners	-	-	
Girard	2012	France	Mobile mental health outreach service	MDs	Patients	198	Adult	
Wood	2012	Australia	Royal Children's Hospital – Children's Health Services	MDs	MH practitioners	-	-	
Sjolie	2010	No original study but review of studies.						
Assan	2008	Australia	Austin Child and Adolescent Mental Health Service	MDs	Patients	70	13-17	
Darwish	2006	UK	Tertiary service at the interface of Tiers 3 and 4	MDs	-	-	-	
Priebe	2004	UK	Assertive outreach services	MDs	Patients, practitioners [187]	580	16-73	
Muntz	2004	UK	Child and Adolescent Mental Health Service	Behavioural	Patients, parents	42	2-10	

CAMH: Child and Adolescent Mental Health; MDs: Mental disorders; NHS: National Health Service; SUDs: Substance use disorders; ARC: Adolescent Resource Centre; MH: Mental Health.

UTILIZZO DEI SERVIZI

Eur Neuropsychopharmacol. 2013 Feb;23(2):98-106. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.04.008. Epub 2012 May 4.

Burden of psychiatric disorders in the pediatric population.

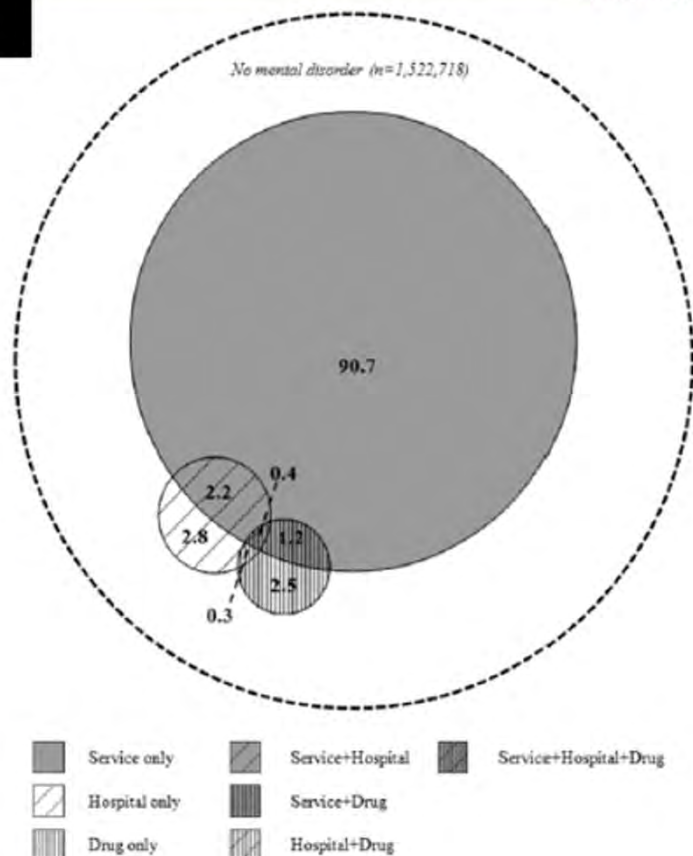
Clavenna A¹, Cartabia M, Segui M, Costantino MA, Bortolotti A, Fortino J, Merlino L, Bonati M.

Author information

Abstract

In order to estimate the burden of mental disorders in a representative Italian pediatric population, an epidemiological study was performed using three databases: a drug prescription, a hospital discharge form, and an outpatient ambulatory visit database. The population target was children and adolescents under 18 years living in the Lombardy Region, Italy. A youth was defined as a case if during 2008 he/she received a psychotropic drug prescription or was hospitalized for a psychiatric disorder (International Classification of Disease codes 290-319), or neuropsychiatric outpatient unit for a visit and/or a psychological intervention or rehabilitation at least once. Epileptic children were 63,550 youths (39.3 per 1000; 95%CI 39.1-39.7‰) were identified as users of health care resources for a putative mental disorder. This was higher in boys than in girls (47.0‰ versus 31.3‰) and the highest value was recorded in children 8 years old (60.2‰). A total of 7.1‰ attended a child and adolescent neuropsychiatry service at least once, 3605 (2.2‰) were admitted to hospital, and 2761 at least one psychotropic drug prescription, 57% of which did not attend a child neuropsychiatry service. In all, 14,741 youths (23.1‰) had at least one mental disorder that required a high intensity of care (e.g. recurrent prescriptions for drugs and/or ambulatory care). The proportion of youths with mental disorders in the Lombardy Region seems lower than in other countries. However, the fact that many children were prescribed psychotropic drugs without the supervision of a child psychiatrist is a reason for concern.

© 2013 Elsevier B.V. and ECNP. All rights reserved.



(Clavenna et al. Eur Neuropsychopharmacol, 2013)

UTILIZZO DEI SERVIZI

The British Journal of Psychiatry (2013)

Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK

Patrick McGorry, Tony Bates and Max Birchwood

Gulliver *et al.* *BMC Psychiatry* 2010, **10**:113

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review

Young people are least likely to access support from mental health care organisations.

- Major barriers:
- problems recognising symptoms
- preference for self-reliance
- perceived stigma
- - pervasive belief among young people that seeking help does not help.

Consequently, ways to ensure mental health support is effective, and perceived to be so, are essential to engage young people in services, and **this requires being able to demonstrate meaningful outcomes** from young people's mental health service use.

(Watsford *et al.*, 2014; Donald *et al.*, 2011)

VALUTAZIONE DI ESITO SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

NEI CONFRONTI DEI SERVIZI.

UTENTI? genitori, ragazzi ma anche stakeholders

Si tratta di un altro importante e non semplice elemento che andrebbe sempre incluso nella valutazione. Apre inoltre il tema della validazione sociale degli obiettivi dei trattamenti (ovvero della individuazione insieme agli utenti degli esiti che essi ritengono effettivamente rilevanti per la propria vita, nonché della accettabilità dei trattamenti proposti).

■ OSS

Antonella GIGANTESCO, Mauro CAMUFFO, Fiorino MIRABELLA, Pierluigi MOROSINI

L'opinione dei genitori sui servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico

Ann Ist Super Sanità 2005;41(4):501-513

LA QUALITÀ PERCEPITA DAI GENITORI NEI SERVIZI SANITARI 507

Tabella 3 - Opinione dei genitori sulla qualità dell'assistenza ricevuta nei servizi di salute mentale infantile (media, mediana, deviazione standard e percentuali dei vari livelli di soddisfazione)

	Media	Mediana	d.s.	Giudizio di sufficienza (punteggio 1-3) %	Giudizio di sufficienza (punteggio 4) %	Giudizio positivo o molto positivo (punteggio 5 e 6) %
1. Accesso al servizio						
Percorso necessario per raggiungere il servizio	4,1	5,0	1,5	34,8	17,7	47,5
Semplicità delle procedure amministrative	4,5	5,0	1,5	32,6	12,9	54,9
Disponibilità di parcheggio	3,4	3,0	1,7	12,2	13,0	34,0
Comodità e pulizia dei locali di attesa	4,3	5,0	1,2	29,2	16,8	54,0
Facilità di accesso per i disabili	4,0	5,0	1,0	39,2	13,5	47,3
Informazioni sui tempi di attesa per un appuntamento	4,1	5,0	1,4	35,3	14,5	50,4
NEL COMPLESSO, che voto daresti all'accesso al servizio	3,4	3,0	1,7	22,8	22,0	55,2
2. Gli ambienti del servizio						
Spazi disponibili e ampiezza	4,1	4,0	1,3	35,6	16,1	44,3
Clorici e disposizione dei bambini	4,1	5,0	1,7	45,2	11,0	43,2
Tranquillità e silenziosità degli ambienti	4,0	5,0	1,2	25,4	16,5	58,1
Materiale necessario per i trattamenti ricettivi	5,1	5,0	1,7	48,8	11,3	39,7
Rapporto del divieto di fumare	5,2	5,0	1,1	32,4	9,5	75,1
Pulizia e manutenzione dei locali	4,5	5,0	1,3	25,0	15,1	59,9
NEL COMPLESSO, che voto daresti agli ambienti del servizio	3,4	3,0	1,6	25,7	21,1	53,2
3. Lo stile di lavoro degli operatori						
Semplicità e chiarezza del linguaggio degli operatori	5,0	5,0	1,0	10,2	10,4	79,4
Puntualità degli operatori agli appuntamenti	4,9	5,0	1,2	14,6	13,0	72,4
Riservatezza e rispetto dei diritti degli utenti	5,0	5,0	1,0	11,3	9,2	79,5
Capacità di ascolto dimostrata con voi dagli operatori	5,1	5,0	1,0	9,8	9,8	80,3
Professionalità e competenza degli operatori	5,2	5,0	1,0	7,7	10,6	81,7
Rapporto stabilito da vostro figlio con gli operatori	5,2	5,0	0,9	7,0	7,5	84,8
Correttezza degli operatori	5,3	5,0	0,9	7,9	7,7	84,4
NEL COMPLESSO, che voto daresti allo stile di lavoro degli operatori	5,0	5,0	1,2	7,5	7,8	84,7
4. L'organizzazione del servizio						
Orari di apertura del servizio	4,8	5,0	1,1	10,6	13,6	66,5
Informazioni e spiegazioni ricevute su diritti di vostro figlio	4,6	5,0	1,4	24,9	12,3	62,8
Risposta del servizio alle emergenze	6,0	7,0	1,4	66,9	4,7	39,4
Disponibilità degli operatori del servizio di collaborazione tra loro	5,2	5,0	1,4	33,4	9,5	67,1
Supporto dato dagli operatori del servizio alla scuola	5,0	5,0	1,7	40,3	8,7	51,0
Scambio di informazioni tra il servizio e le altre figure sanitarie	4,9	5,0	1,0	40,7	7,6	42,7
Brevità dei tempi di attesa	4,2	5,0	1,5	32,7	16,4	50,9
NEL COMPLESSO, che voto daresti all'organizzazione del servizio	3,6	3,0	1,7	20,8	21,3	57,9
5. Il vostro coinvolgimento						
Informazioni e spiegazioni ricevute sulla natura del problema	4,7	5,0	1,4	21,7	11,9	66,4
Vostro coinvolgimento negli incontri tra servizio e scuola	5,3	5,0	1,5	35,0	8,6	52,2
Informazioni e spiegazioni ricevute sulla cura e la riabilitazione	4,7	5,0	1,4	23,8	10,0	66,2
Vostro coinvolgimento nei rapporti del servizio con altri servizi sanitari	5,5	5,0	1,5	42,7	5,7	46,6
Servizi di aiuto vocale in capitolo nelle decisioni	4,7	5,0	1,4	25,8	13,1	61,1
Informazioni ricevute sulla prognosi	4,5	5,0	1,5	25,2	10,2	61,7
NEL COMPLESSO, che voto daresti al vostro coinvolgimento	3,7	3,0	1,9	22,2	15,3	62,5
6. Il risultato dell'intervento						
Capacità del servizio di aiutare vostro figlio ad affrontare meglio i problemi	4,9	5,0	1,2	15,8	11,4	69,8
Servizi più sicuri sulle cose da fare	4,7	5,0	1,3	21,5	11,7	66,8
Miglioramento dovuto al servizio della qualità di vita di vostro figlio	4,8	5,0	1,3	21,6	11,2	67,0
Servizi meno costosi	4,7	5,0	1,4	24,0	9,8	65,8
Miglioramento della vostra capacità di affrontare la situazione	4,6	5,0	1,3	23,2	11,5	65,3
NEL COMPLESSO, che voto daresti al risultato dell'intervento	3,9	3,0	1,8	17,4	13,6	69,0
7. Conclusioni generali						
In generale che voto daresti alla vostra esperienza con il servizio negli ultimi 12 mesi?	3,9	3,0	1,6	14,9	11,2	67,0
Consigliate il servizio ad altre persone con problemi simili ai vostri?	5,5	5,0	1,8	9,8	17,3	72,9
Le vostre aspettative sul servizio sono state soddisfatte?	3,9	3,0	1,9	22,8	12,5	64,7

VALUTAZIONE DI ESITO SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Ann Ist Super Sanità 2005;41(4):501-513

L'opinione dei genitori sui servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico

Gigantesco et al.

Valenti et al. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010, **4**:23

RESEARCH

Open Access

Intensive intervention for children and adolescents with autism in a community setting in Italy: a single-group longitudinal study

Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and
resilience among adolescents using multiple psychosocial services[☆]

Michael Ungar^{a,*}, Linda Liebenberg^a, Peter Dudding^b, Mary Armstrong^c,
Fons J.R. van de Vijver^{d,e}

^a Resilience Research Centre, Dalhousie University, Halifax, Canada

^b Child Welfare League of Canada, Ottawa, Canada

^c Department of Child and Family Studies, University of South Florida, USA

^d Tilburg University, The Netherlands

^e North-West University, South Africa

MODELLI DI AGGREGAZIONE

Pippi

Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione



Tabella - Gli strumenti di valutazione utilizzati nel programma P.I.P.P.I.

Strumenti	Chi compila	IT	Qualità	Cosa misura
1) Anamnesi	Operatori	FT	Qualitativa	Storia del bambino, e
2) AFMunkia	Operatori	FT	Quantitativa	Intelligenza
3) Questionario MCB	Operatori	FT e FC	Quantitativa	Famiglia - M - risorse dell'ambiente
3) SDQ - Questionario sulle Capacità e Punti di Forza dei Bambini	Studia, Psichiatra, Psicologo	FT e FC	Quantitativa	Affettività
4) MISA - La mia Situazione Attuale	Studia, Psichiatra, Psicologo	FT e FC	Quantitativa	Percezioni del genitore rispetto al bambino proprio e della propria relazione con lui.
5) Valutazione dell'Adattabilità del bambino (ATV)	Studia, Psichiatra	FT e FC	Quantitativa	Supporto sociale percepito
6) MIPPS - Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito	Studia, Psichiatra, Psicologo	FT e FC	Quantitativa	Percezione del genitore rispetto al bambino proprio e della propria relazione con lui.
7) IFT - Inventory of Family Ties	Operatori	FT	Quantitativa	Percezione del genitore rispetto all'esperienza vissuta (da ripetere per valutare, assieme, ambiente, sostegno, contributo accogliente)
8) IFA - Inventory of Family Attachment	Operatori	FT	Quantitativa	Fattori di protezione e di rischio. Relazione famiglia-servizi. Livello di rischio.
9) IFT - Inventory of Family Ties	Operatori	FT	Quantitativa	Relazione bambino/famiglia
10) IFA - Inventory of Family Attachment	Operatori	FT	Quantitativa	Percezione di supporto per la gestione del singolo caso.
11) Questionario sull'adattamento di P.I.P.P.I. nelle città	Operatori	FT	Quantitativa	Regione - I processi individuali che avvengono nella città in riferimento al programma P.I.P.P.I.
12) Questionario di soddisfazione dei familiari	Operatori	FT	Quantitativa	Caratteristiche degli operatori rispetto al percorso di lavoro degli operatori P.I.P.P.I.
13) Focus group	Operatori	FT	Qualitativa	Indicazioni e punti di vista degli operatori sul processo e sugli esiti del programma

Zancan



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale

Laboratorio PERSONA^{lab}
VALUTARE L'EFFICACIA DEL LAVORO PER
PROGETTI PERSONALIZZATI IN
AREA INFANZIA E FAMIGLIA

Measurements and comparisons between

T₀-T₂



S-P assessment

Fondazione E. Zancan
DELLA RICERCA SOCIALE 12

RISC
Rischio per l'Infanzia
e Soluzioni per Contrastarlo

Ruggeri et al

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39: 60–68 DOI 10.1007/s00127-004-0705-0

ORIGINAL PAPER

Mirella Ruggeri · Morven Leese · Mike Slade · Paola Bonizzato · Laura Fontecedro · Michele Tansella
Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients
The South Verona Outcome Project 8

Accepted: 14 July 2003

Abstract Background Mental health services should be provided on the basis of need. This study investigated **Key words** needs for care – outcome – predictors – routine assessments – community psychiatry

MODELLI DI AGGREGAZIONE

Eur Child Adolesc Psychiatry (2014) 23:239–242
DOI 10.1007/s00787-013-0454-2

COMMENTARY

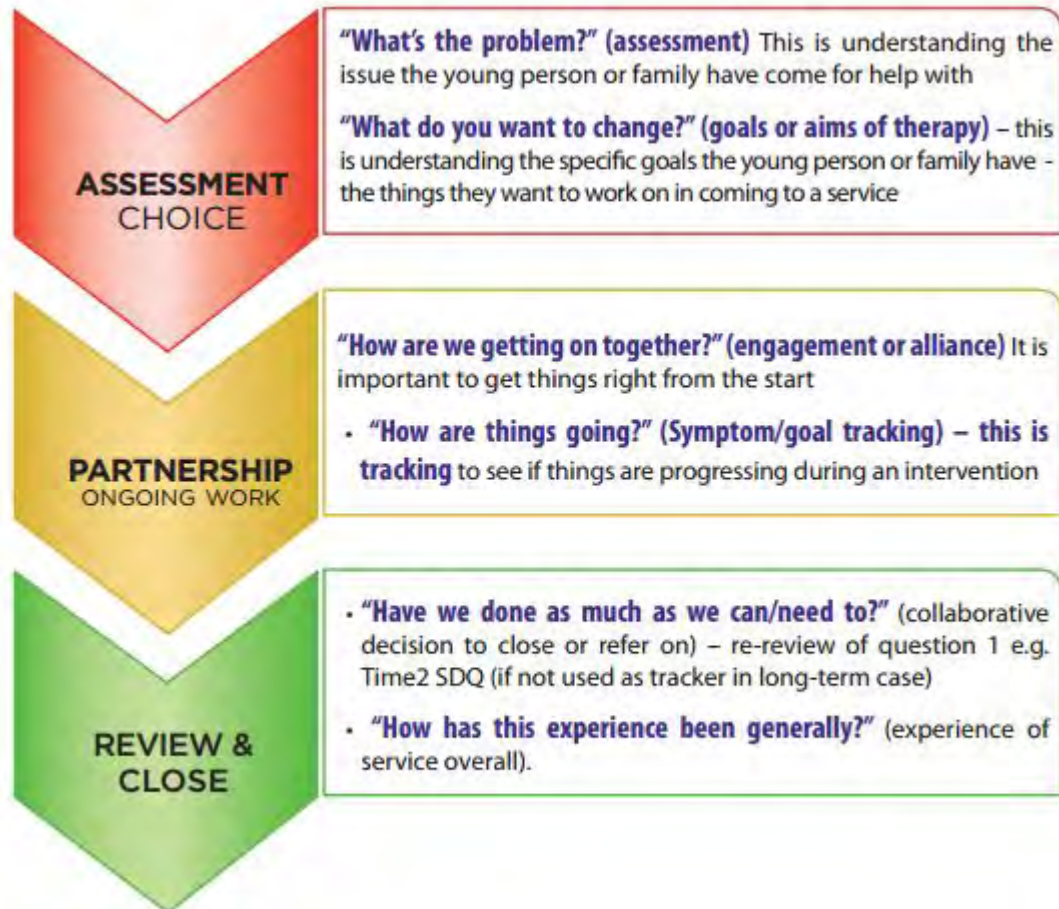
Implementation of routine outcome measurement in child and adolescent mental health services in the United Kingdom: a critical perspective

C. L. Hall · M. Moldavsky · J. Taylor ·
K. Sayal · M. Marriott · M. J. Batty ·
S. Pass · C. Hollis

Received: 28 February 2013 / Accepted: 16 July 2013 / Published online: 30 July 2013
© The Author(s) 2013. This article is published with open access at Springerlink.com

MODELLI DI AGGREGAZIONE

SUMMARY OF KEY QUESTIONS THE MEASURES SEEK TO ANSWER AT DIFFERENT STAGES OF THERAPEUTIC ENGAGEMENT



STUDI CHE INCROCIANO IL LIVELLO SINTOMATOLOGICO AL LIVELLO DI SODDISFAZIONE

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2015, 22, 680-687



Patients' satisfaction with community treatment: a pilot cross-sectional survey adopting multiple perspectives

S. URBEN¹ PHD, A. GLOOR¹ MSc, V. BAIER² BSc, G. MANTZOURANIS¹ PHD, C. GRAAP³ MSc, M. CHERIX-PARCHET⁵ BSc, C. HENZ⁶ BSc, F. DUTOIT² BSc, A. FAUCHERAND² BSc, E. SENENT² MD & L. HOLZER⁴ MD PD

Table 2
Descriptions of the satisfaction (CSQ-8 mean score)

Informants	Median	SD	Range
Patient (n = 20)	3.3	0.5	2.3-4.0
Foster-carer (n = 19)	3.5	0.4	2.9-4.0
Professional caregiver (n = 39)	3.0	0.5	2.0-3.9

CSQ-8, Client Satisfaction Questionnaire.

Table 3
Descriptive data on the clinical outcomes

HoNOSCA	Time	Median	SD
Total ¹ (n = 41)	T1	21.0	6.5
	T2	15.0	8.3
Emo score ² (n = 41)	T1	16.0	4.8
	T2	11.0	5.9
Behav score ² (n = 41)	T1	6.0	3.2
	T2	4.0	3.5

¹Scores represented the sum of the items 1-13.

²Scores represented the sum of the items 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 for the emotional symptoms score (Emo score) and the items 1, 2, 5 and 11 for the behavioural problems score (Behav score).

T1, admission; T2, discharge.

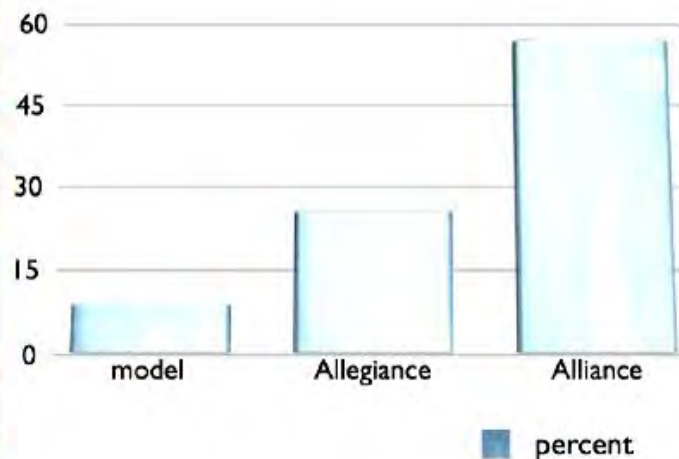
Finally, in our sample, lower emotional symptoms were linked to enhanced patient satisfaction. This study demonstrated the importance of considering multiple perspectives to obtain the most accurate picture of patients' satisfaction. Second, focusing on the reduction of emotional symptoms might lead to a higher degree of patients' satisfaction.

E LA CONCORDANZA???

Meta-Analytic Research



Intra-therapeutic factors influence on outcome



- Client/ extra-therapeutic factors biggest effect
- **54%** of treatment effects due to alliance factors
- **8%** of treatment effects due to model and technique

Does staff–patient agreement on needs for care predict a better mental health outcome? A 4-year follow-up in a community service

A. Lasalvia*, C. Bonetto, M. Tansella, B. Stefani and M. Ruggeri

Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Verona, Italy

Background. Patients treated in primary care settings report better mental outcomes when they agree with practitioners about the nature of their core presenting problems. However, no study has examined the impact of staff–patient agreement on treatment outcomes in specialist mental health services. We investigated whether a better staff–patient agreement on needs for care predicts more favourable outcome in patients receiving community-based psychiatric care.

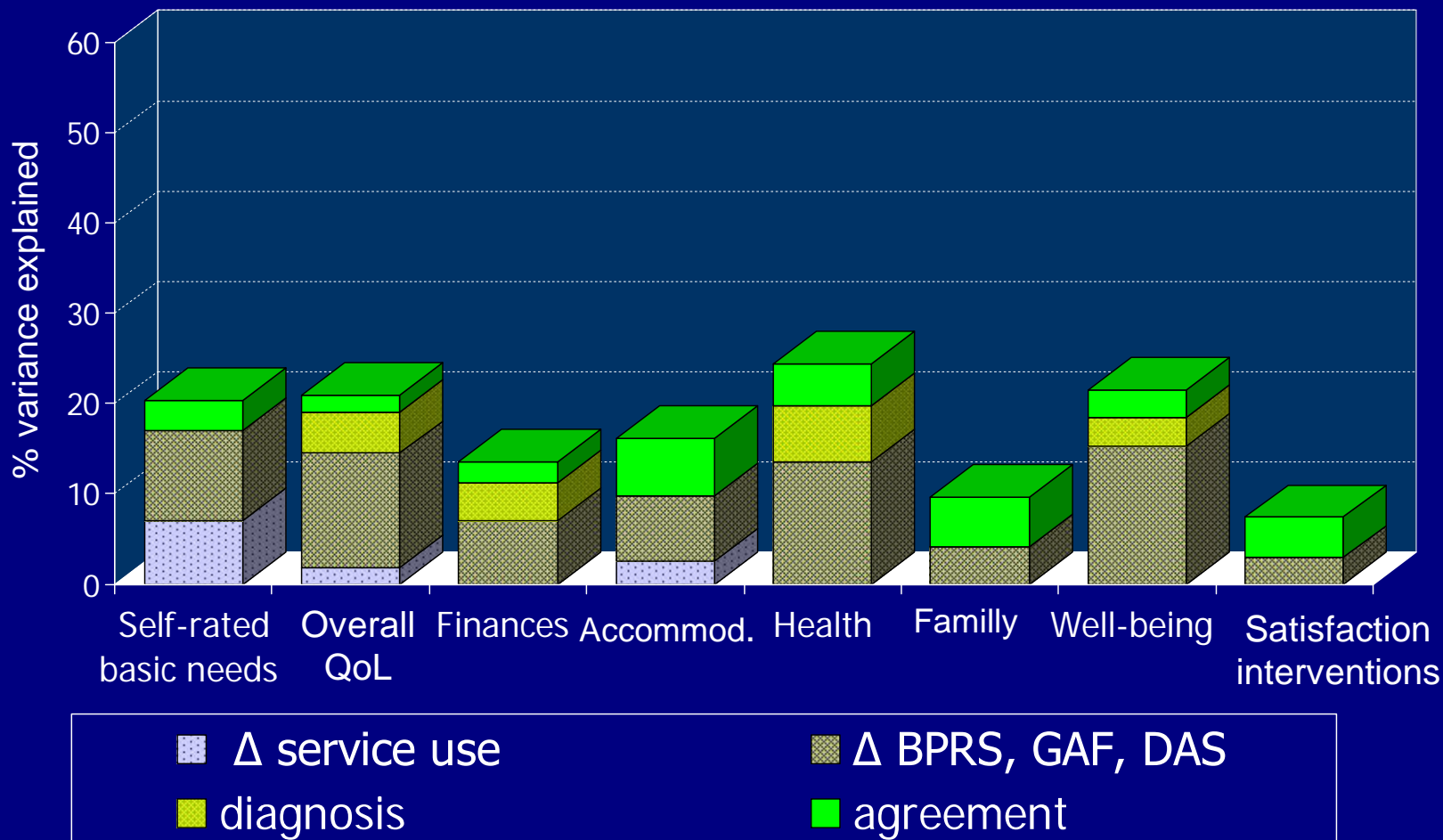
Method. A 3-month prevalence cohort of 188 patients with the full spectrum of psychiatric conditions was assessed at baseline and at 4 years using the Camberwell Assessment of Need (CAN), both staff (CAN-S) and patient versions (CAN-P), and a set of standardized outcome measures. Baseline staff–patient agreement on needs was included among predictors of outcome. Both clinician-rated (psychopathology, social disability, global functioning) and patient-rated (subjective quality of life and satisfaction with services) outcomes were considered.

Results. Controlling for the effect of sociodemographics, service utilization and changes in clinical status, better staff–patient agreement makes a significant additional contribution in predicting treatment outcomes not only on patient-rated but also on clinician-rated measures.



Staff-patient agreement as predictor of changes in PATIENT-rated outcomes

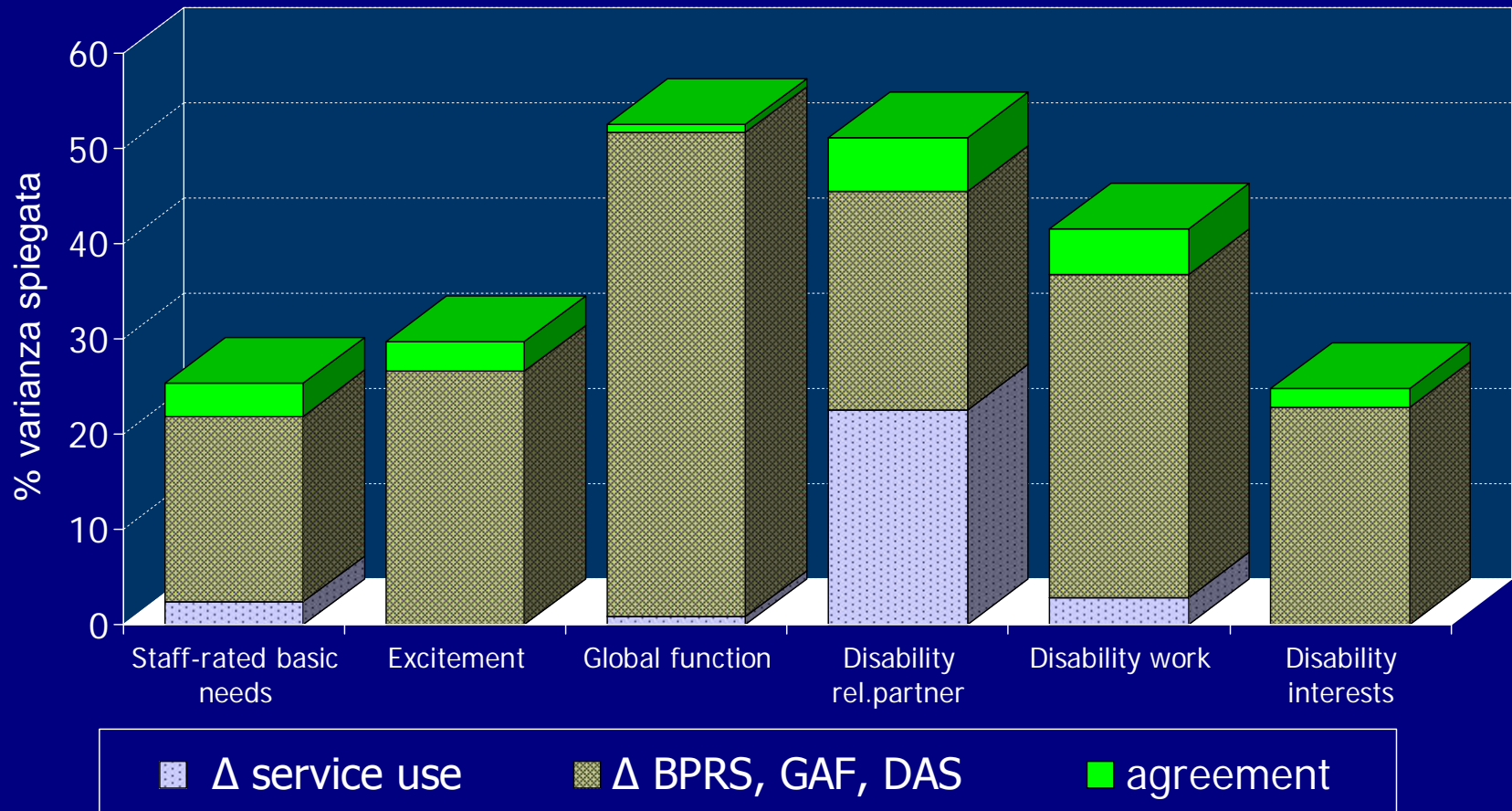
Multiple block-stratified regressions (% variance expl.)





Staff-patient agreement as predictor of changes in STAFF-rated outcomes

Multiple block-stratified regressions (% variance expl.)

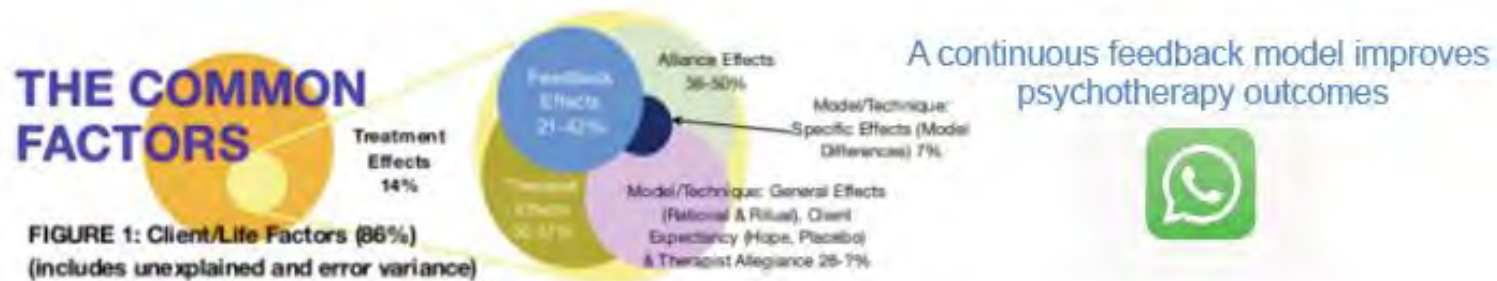




[www.myoutcomes.com]

MyOutcomes® offers cutting-edge training, resources, and webinars aimed at helping you, your staff, and agency improve the effectiveness and efficiency of clinical and social services.

[www.heartandsoulofchange.com]



DOMANDE APERTE

- La maggior parte degli strumenti in uso valuta un solo aspetto o cerca di risolvere il problema chiedendo separatamente il parere di ciascuno dei soggetti coinvolti (utenti, genitori, insegnanti, clinici) e combinando le risposte in un secondo momento.
- Ma con quali modalità possono essere combinate le informazioni relative ai diversi ambiti?
- Che peso relativo è opportuno dare a ciascuna dimensione, sia al momento della prima valutazione che nella scelta delle priorità e delle strategie di intervento che nell'ambito della valutazione di esito?
- E ancor più, come mettere insieme informazioni (e priorità) spesso divergenti di utenti, familiari, operatori?
- E come rendere facilmente comunicabile tra tutti gli interlocutori il risultato della valutazione, rendendo esplicito e semplice a sé, ai colleghi, ai pazienti-famiglie da dove stiamo partendo, che strada abbiamo scelto e perché, verso dove stiamo andando, quando e come faremo insieme un punto e quali elementi ci aiuteranno a capire se siamo sulla strada giusta?
- Infine, come includere informazioni rilevanti di processo, differenziando gli esiti a secondo del metodo con il quale sono stati ottenuti?

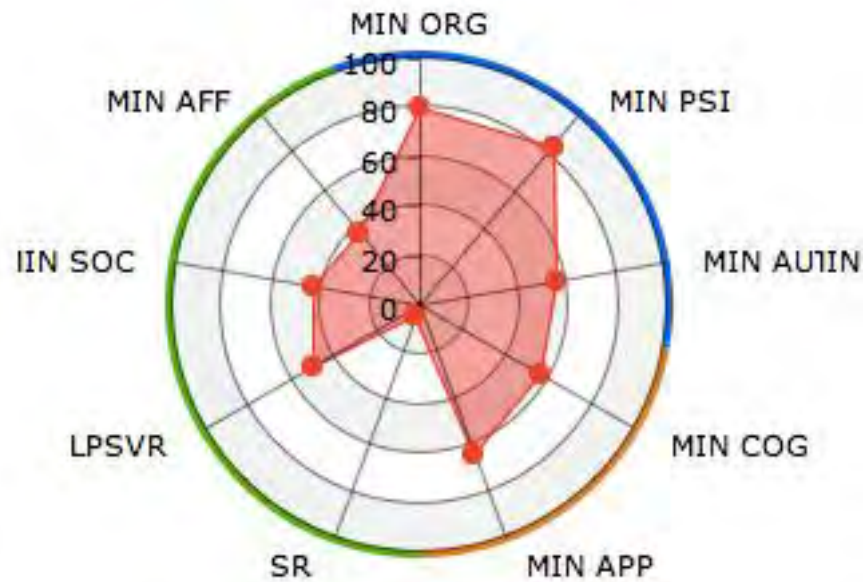
Esiti ottenuti con la semplice applicazione di interventi appropriati (α) sono verosimilmente differenti da esiti ottenuti con una presa in carico personalizzata e basata sul concorso professionale (β) e ancor più da esiti in cui è presente sia l'apporto professionale che quello non professionale, e l'utente "contribuisce" al percorso. In questo caso la personalizzazione di esito beneficia dell'apporto che la persona è messa in grado di dare e che tecnicamente può essere descritto proprio come "concorso all'esito" (γ). In un'ottica di Welfare generativo, si presume che il concorso all'esito possa rappresentare un potente moltiplicatore di salute, che è fondamentale trovare modi per rappresentare, misurare e dimostrare.

T. Vecchiato 2013

Componenti/Components

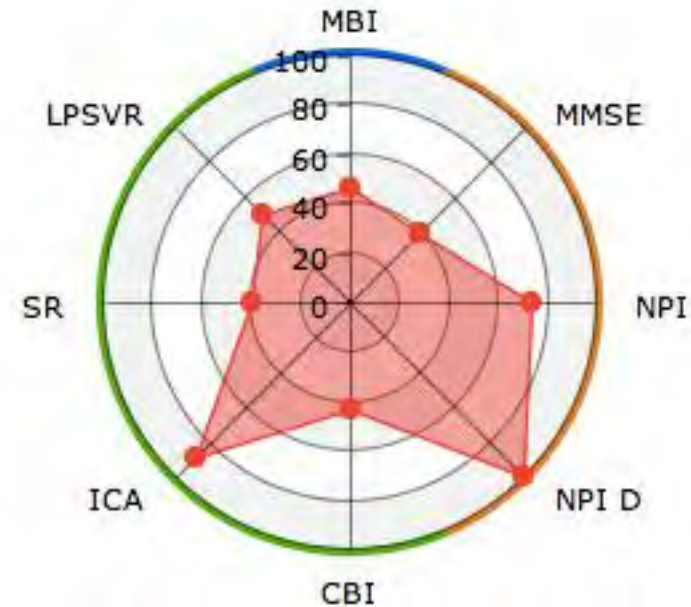
Organi, funzioni, cognizioni, relazioni,
valori, spiritualità

body, functions, cognitive, relationships, values, spirituality



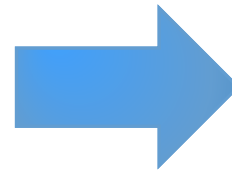
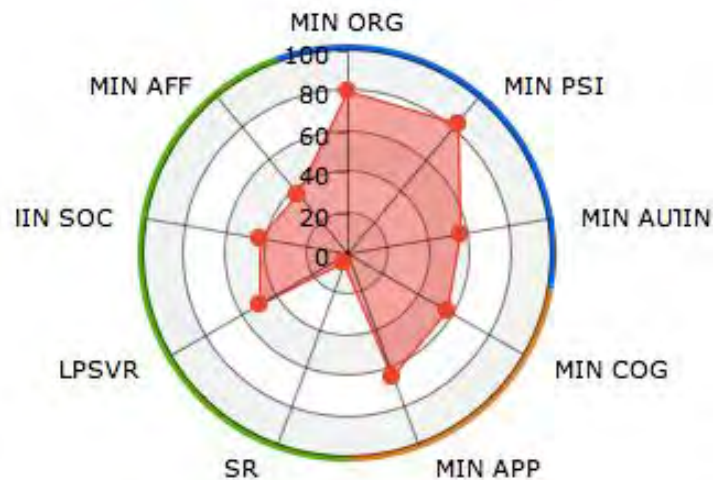
Bambino/Child

Adulto/Adult



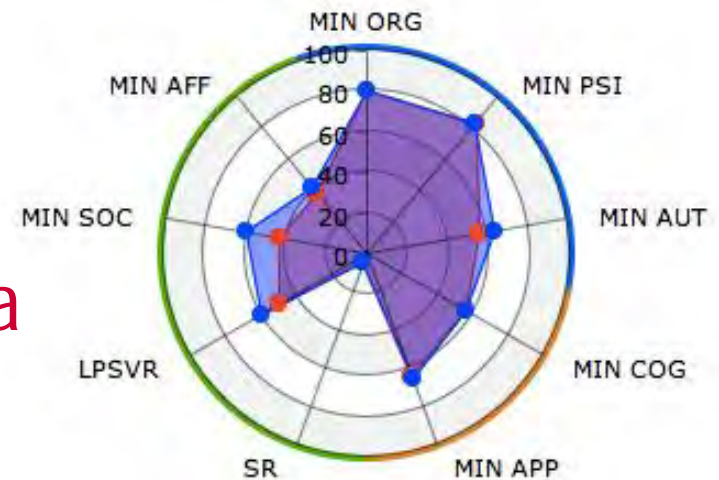
Z.O.O.M. (1): schema polare

Diagnosi



Grammatica
Grammar

Outcome

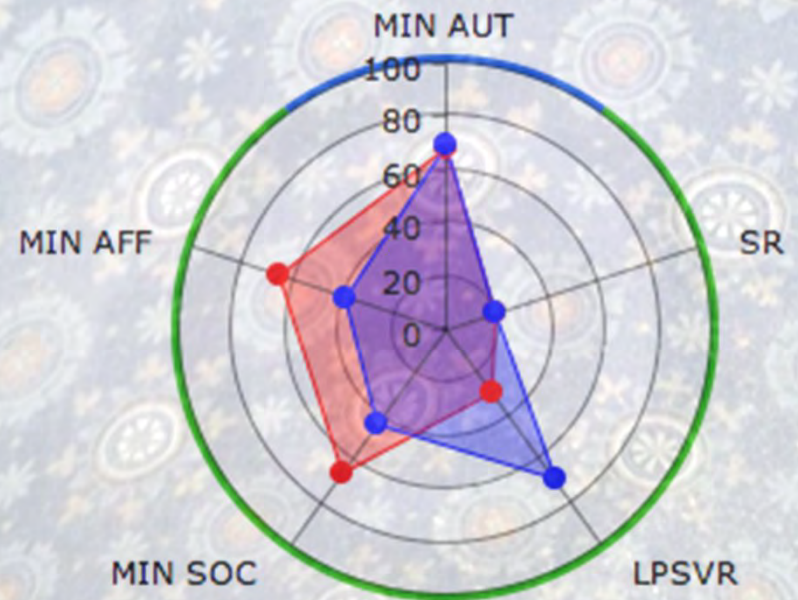
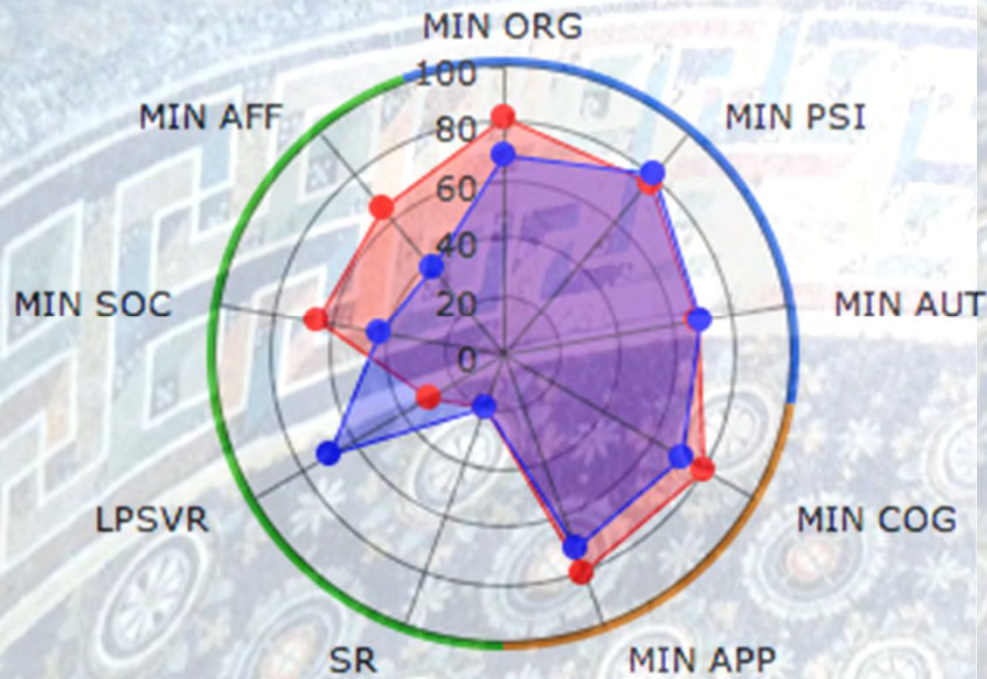


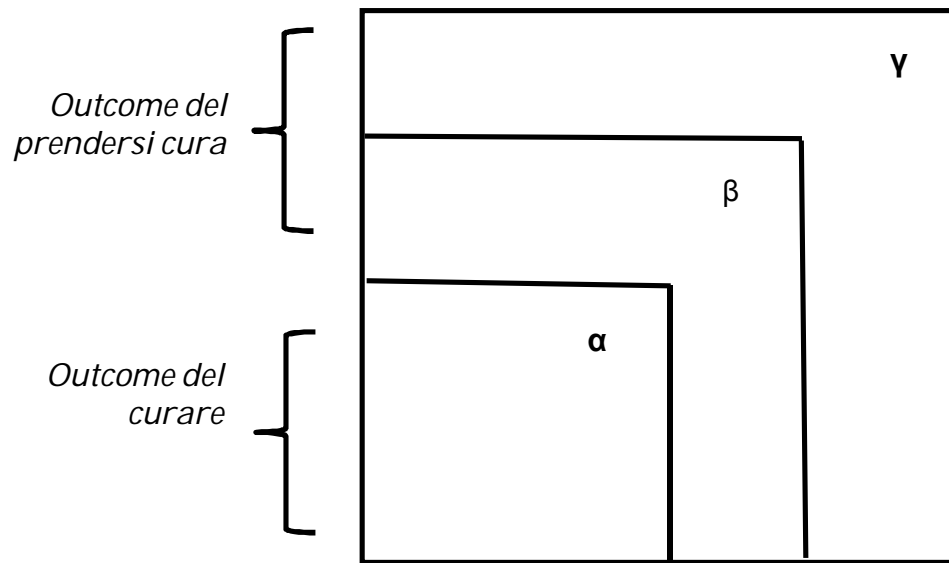
Z.O.O.M. (2): Risultati attesi

Expected results

SP Globale e/o Focalizzato

Global SP and/or Focused SP





Esito = f[P, nonP}

α - Outcome descrivibile come beneficio ottenuto con prestazioni appropriate.

β - Outcome descrivibile come esito di una presa in carico personalizzata, basata sul concorso professionale.

γ - Outcome descrivibile come concorso all'esito reso possibile dall'apporto professionale e non professionale. In questo caso la personalizzazione di esito beneficia dell'apporto che la persona è messa in grado di dare e che tecnicamente può essere descritto proprio come "concorso all'esito".

Livelli di outcome - Prospettive

Di fondamentale importanza ricordare che in situazioni complesse l'outcome non segue un andamento lineare:

- $A+B$ non è $= AB$

«... Nelle situazioni di complessità, separare e scomporre le parti degli interventi per valutarne i singoli effetti può ad esempio portare all'annullamento dell'effetto che si voleva misurare. ...»

VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Il tema della complessità e multifattorialità dei disturbi e delle possibili risposte nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza deve conseguentemente assumere un ruolo significativo sia nella strutturazione dei servizi e degli interventi che nella valutazione degli esiti e nella costruzione e diffusione di evidenze.

E... I PUNTI DI FORZA?

- Sappiamo che i punti di forza sono una base nell'impostare il trattamento MA
- Troviamo pochissimi strumenti mirati alla loro valutazione.....
- E pochissimo che ci indichi se e come correlano con sintomi e bisogni

PDF

Infusing Protective Factors for Children in Foster Care

Gene Griffin, D, PhD¹, Erwin McEwen, AM²,
Bryan H. Samuels, MEd³, Hayward Suggs, MS, MEd⁴,
Juanita L. Redd, MA, MEd⁵, Gary M. McClelland, PhD⁶

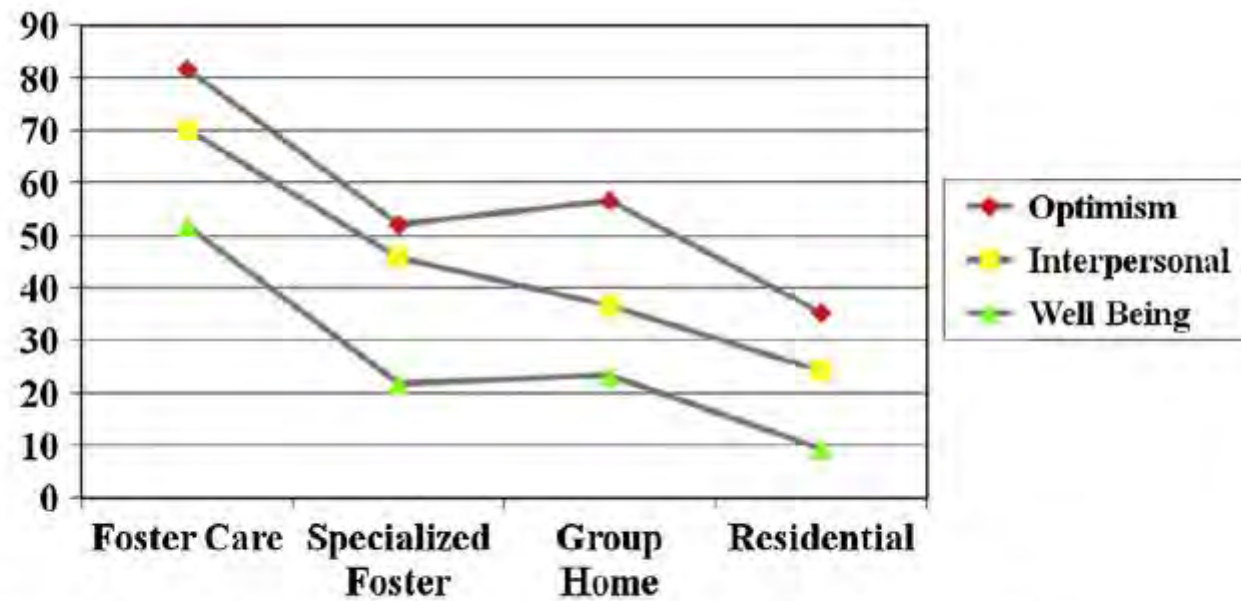


Fig. 1. Illinois DCFS CANS. Level of care by strengths, fiscal year, 2006.

PDF

Infusing Protective Factors for Children in Foster Care

Gene Griffin, D, PhD¹, Erwin McEwen, PhD²,
Bryan H. Samuels, MEd³, Hayward Suggs, MS, MEd⁴,
Juanita L. Redd, MEd, MEd⁴, Gary M. McClelland, PhD⁵

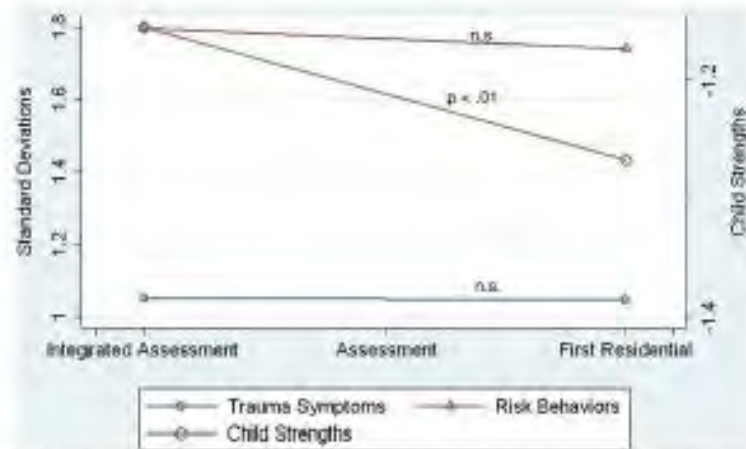


Fig. 4. Trauma symptoms, risk behaviors, and child strengths prior to residential treatment (2010, n = 549).

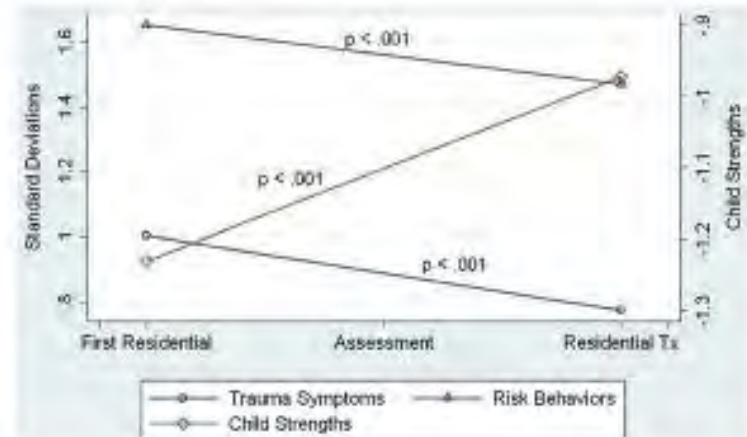


Fig. 5. Trauma symptoms, risk behaviors, and child strengths during residential treatment (2010, n = 603). Tx, treatment.

Research Driven Outcome Assessment

Preoccupazione
principale per il
rigore scientifico e
l'accuratezza

Routine Outcome Assessment

Elemento chiave è la
fattibilità della
valutazione
nell'ambito della
routine clinica

DALLA RICERCA ... ALLA PRATICA CLINICA

- I ricercatori tendono a voler raccogliere molte informazioni su singoli aspetti e molto approfondite.
- I clinici tendono invece a raccogliere informazioni trasversali.
- È evidente come in una situazione di complessità sia molto difficile, oltre che dispendioso, ottenere e poi combinare informazioni iperdettagliate di ogni punto di quella complessità.
- Nella clinica inoltre servono informazioni che raramente vengono prese in considerazione dalla ricerca, che riguardano la cultura di appartenenza dell'utente, il suo ambiente, gli interventi che sono già in campo, il livello di sviluppo. Si tratta in buona parte di elementi di contesto, che sono però fondamentali per la definizione degli interventi e per la successiva valutazione degli esiti.
- **Perché una modalità di valutazione possa radicarsi nella pratica, è necessario che il modo con cui andiamo a misurare possa essere di immediata efficacia, oltre che di supporto per la clinica, e che quindi gli strumenti, gli elementi, le misurazioni utilizzate per valutare gli outcome siano gli stessi che ci consentono di rimodulare la pratica.**

La valutazione di esito: Sostenibilità

Le modalità di monitoraggio e valutazione delle attività devono cioè essere sostenibili nella pratica clinica quotidiana: il carico di lavoro degli operatori è già molto intenso e quindi è fondamentale non dover aggiungere tempo per cose in più, ma capire come è possibile lavorare meglio e ottenere esiti migliori utilizzando informazioni che possono essere raccolte in modo semplice e stabile.



CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTH SCALES (CANS) – COS'È

- è uno **strumento multidimensionale e multiassiale di assessment e di outcome** rivolto a bambini, adolescenti, adulti (0-99a) e alle loro famiglie
- sviluppato per implementare i processi di pianificazione e gestione dei servizi di cura sia a livello individuale che a livello di sistema
- che include informazioni **sui bisogni e sui punti di forza, dell'utente e del contesto**
- è uno strumento "**comunimetrico**" di integrazione delle informazioni, che opera quindi ad un livello di misurazione differente rispetto all'applicazione di uno strumento psicometrico.
- La strutturazione dello strumento è in domini, composti da item, che indagano diverse aree: sintomatologia generale, comportamenti a rischio, sviluppo, funzionamento personale e interpersonale e funzionamento familiare ETC...
- 4 livelli di punteggio differenti, ognuno dei quali è pensato per **tradursi immediatamente in un livello di azione.**

LA «FAMIGLIA» CANS



CANS 0-5

CANS 5-17

ANSA-T

ANSA

THE ADULT NEEDS AND STRENGTHS ASSESSMENT



CAT
HEADS-ED

FAST
The Family Advocacy and Support Tool

- CANS-EI EDUCATIONAL SETTINGS
- CANS-DP-ASP Developmental Profile & Autism Spectrum Profile
- CANS-Trauma
- CANS-F FAMILY VERSION FOR IN-HOME SERVICES
- CANS-POC PRESCHOOL ONTARIO COMPREHENSIVE





LIVELLI DI AZIONE

(2. I LIVELLI DI PUNTEGGIO DEGLI ITEM SI TRADUCONO IMMEDIATAMENTE IN LIVELLI DI AZIONE)

bisogni

- 0** – nessuna evidenza
- 1** – monitoraggio/prevenzione
- 2** – azione necessaria
- 3** – azione immediata/intensiva

punti di forza PDF

- 0** – colonna portante
- 1** – PDF utile
- 2** – PDF potenziale
- 3** – nessun PDF identificato

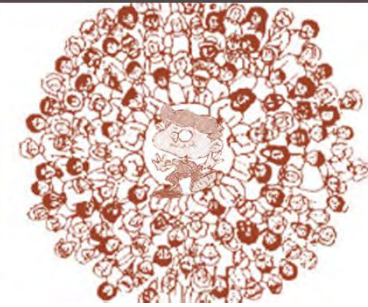
COME SI USANO? 2

CONCORDANZA...

- Vuol dire arrivare a strutturare un ritratto dell'utente inserito nel suo contesto e condiviso tra l'utente stesso, la sua famiglia e tutti i Servizi coinvolti
- Concordanza non è solo partecipazione attiva
- Rilevanza del percorso di accesso ad un livello di pariteticità degli interlocutori
- dove non c'è concordanza su PDF e bisogni si evidenzia l'area su cui è necessario lavorare prioritariamente alla definizione dell'intervento

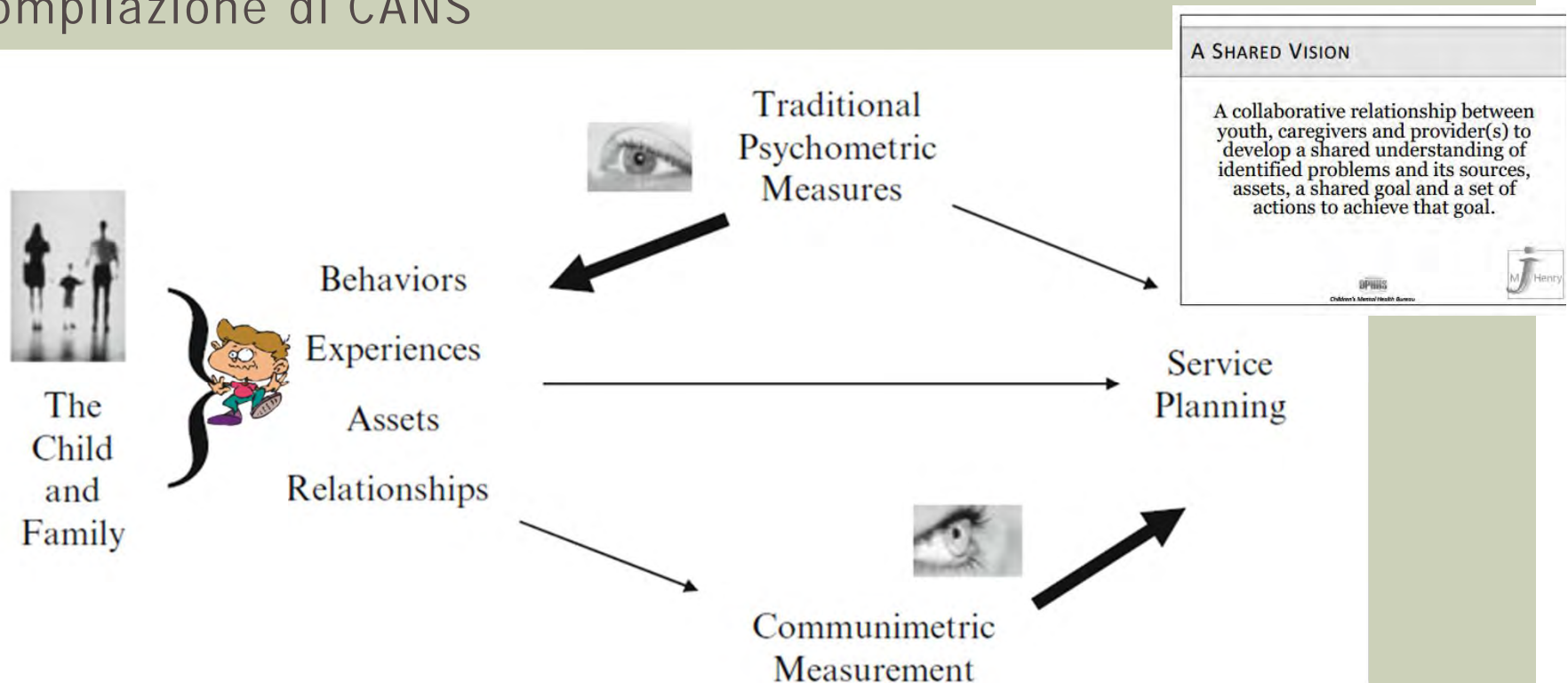


LINEE GUIDA OPERATIVE

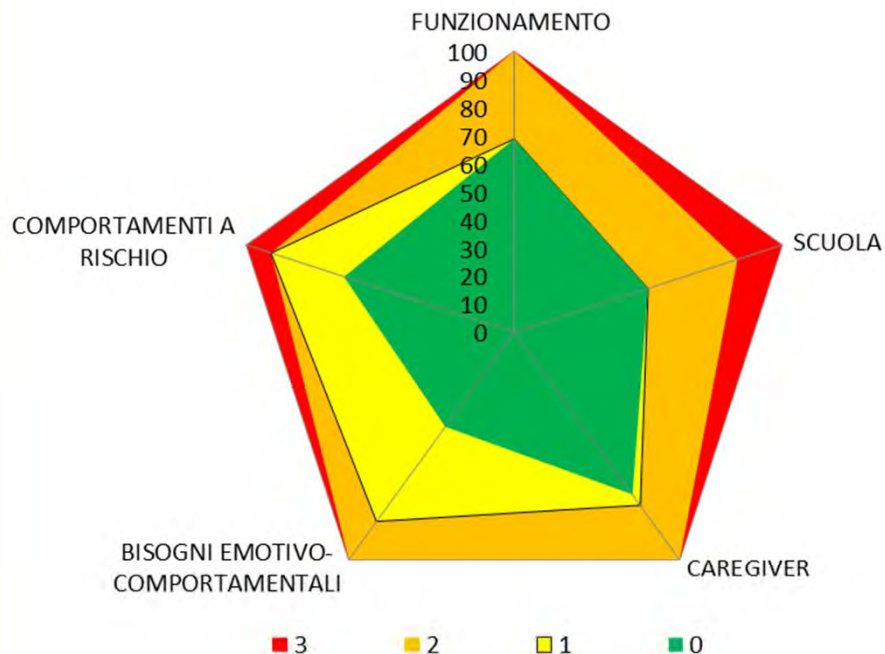


Collaborative completion – CANS

- L'equipe con la famiglia e l'utente
- Triangolazione intra equipe pre-incontro con genitori-utenti
- Restituzione come momento in cui si confeziona la co-compilazione di CANS



IL PROFILO DI MICHELE



PUNTI DI FORZA DELL'UTENTE



CITIZEN AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS (CANS) 5-17 - VERSIONE ITALIANA

Nome del minore: MICHELE Data di nascita: / / Genere: M F
 Collocamento: ASISTENZA Compilato: / / Data compilazione: / /

FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VITA				
Area	1	2	3	4
Famiglia F7	1	2	3	4
Domestici di casa D8	1	2	3	4
Sociali S9	1	2	3	4
Funzionamento sociale S9a	1	2	3	4
Di altro ruolo R8	1	2	3	4
Collegamento scuola S4b	1	2	3	4
Attività ricreative R10	1	2	3	4
Collegamento D17 (1)	1	2	3	4
Collegamento C18 (1)	1	2	3	4
Relazioni R	1	2	3	4
Accoglienza A23 (1)	1	2	3	4
Agenti legali L8	1	2	3	4
Condizioni materiali M12 (1)	1	2	3	4
Condizioni fisiche F9	1	2	3	4
Funzionamento quotidiano Q1	1	2	3	4
Una persona di riferimento R12	1	2	3	4

SCUOLA				
Area	1	2	3	4
Competenze S22	1	2	3	4
Prevenzione S17	1	2	3	4
Indirizzo S10	1	2	3	4
Unità di apprendimento A12	1	2	3	4
Adattarsi con gli insegnanti A27	1	2	3	4
Relazioni con i pari P15	1	2	3	4

PUNTI DI FORZA DELL'UTENTE				
Area	1	2	3	4
Relazioni con la famiglia F18	1	2	3	4
Capacità con i genitori G9	1	2	3	4
Obiettivi O3	1	2	3	4
Stato con PdF C1	1	2	3	4
Attività V7	1	2	3	4
Talenti/interessi T1	1	2	3	4
Agenti legali L8	1	2	3	4
Intervento sulla rete R29	1	2	3	4
Stabilità delle reti R20	1	2	3	4
Collegamento scuola C14	1	2	3	4
Relazioni M1	1	2	3	4
Caratteristiche C64	1	2	3	4
Perseveranza P37	1	2	3	4
Resilienza R29	1	2	3	4
Espressione di sé S47	1	2	3	4

BISOGNI

Bisogno di essere ascoltato per:
 1. BISOGNI EMOTIVI DI SVILUPPO (10)
 2. ATTIVAZIONE CREATIVA / USUO FAMIGLIA
 3. CARENZE: A) TRAGuardo - STUDIO DISTANZE
 4. BISOGNI CONNESSE ALLA VIOLENZA
 5. BISOGNI RELATIVI AI COMPORTAMENTI RISCHIOSI
 6. BISOGNI RELATIVI ALLA PUNTA
 7. BISOGNI GESTITA MENO DA UN
 8. INCONTRO

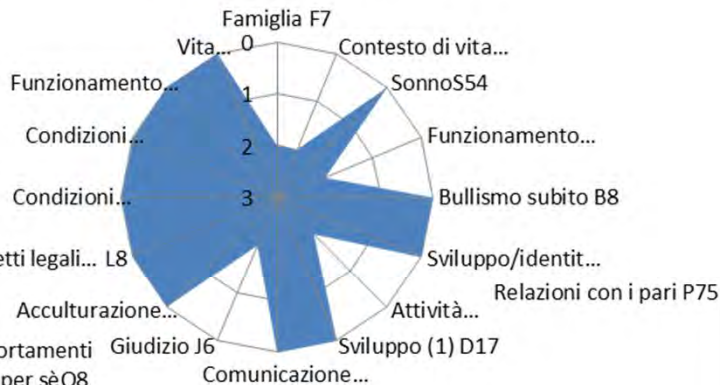
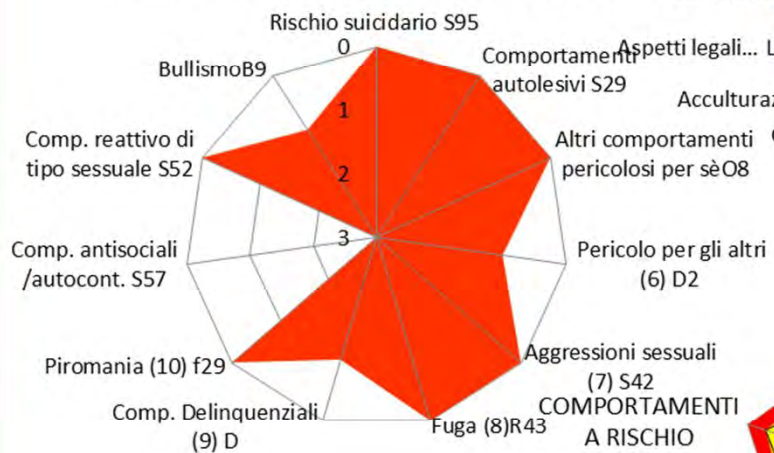
Collocamento: (vedi pagina 3)
 Sede comunità compilate: TRATTAMENTO RESIDENZIALE
 Servizi affiliai compilati: CAREGIVER ATTUALE

BISOGNI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI DELL'UTENTE				
Area	1	2	3	4
Capacità di relazione R10	1	2	3	4
Capacità di relazione A1	1	2	3	4
Capacità di relazione A2	1	2	3	4
Organizzazione O4	1	2	3	4
Prevenzione S17	1	2	3	4
Stabilità delle reti R20	1	2	3	4
Stabilità della vita S10	1	2	3	4
Stabilità della vita S10a	1	2	3	4
Stabilità della vita S10b	1	2	3	4
Stabilità della vita S10c	1	2	3	4
Stabilità della vita S10d	1	2	3	4
Stabilità della vita S10e	1	2	3	4
Stabilità della vita S10f	1	2	3	4
Stabilità della vita S10g	1	2	3	4
Stabilità della vita S10h	1	2	3	4
Stabilità della vita S10i	1	2	3	4
Stabilità della vita S10j	1	2	3	4
Stabilità della vita S10k	1	2	3	4
Stabilità della vita S10l	1	2	3	4
Stabilità della vita S10m	1	2	3	4
Stabilità della vita S10n	1	2	3	4
Stabilità della vita S10o	1	2	3	4
Stabilità della vita S10p	1	2	3	4
Stabilità della vita S10q	1	2	3	4
Stabilità della vita S10r	1	2	3	4
Stabilità della vita S10s	1	2	3	4
Stabilità della vita S10t	1	2	3	4
Stabilità della vita S10u	1	2	3	4
Stabilità della vita S10v	1	2	3	4
Stabilità della vita S10w	1	2	3	4
Stabilità della vita S10x	1	2	3	4
Stabilità della vita S10y	1	2	3	4
Stabilità della vita S10z	1	2	3	4

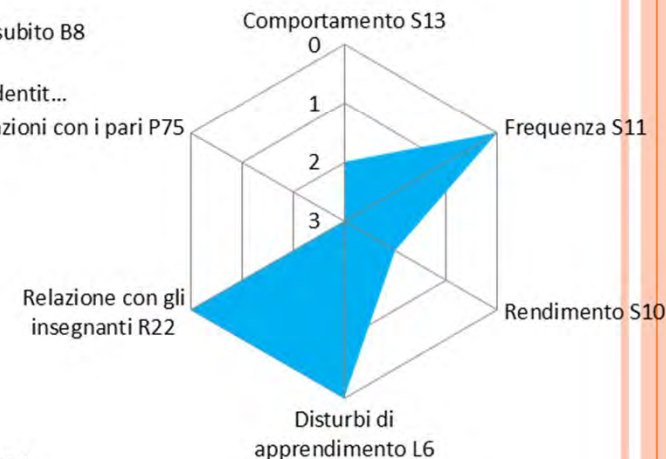
COMPORTAMENTI A RISCHIO DELL'UTENTE				
Area	1	2	3	4
Rischio di suicidio S47	1	2	3	4
Rischio di suicidio S48	1	2	3	4
Rischio di suicidio S49	1	2	3	4
Rischio di suicidio S50	1	2	3	4
Rischio di suicidio S51	1	2	3	4
Rischio di suicidio S52	1	2	3	4
Rischio di suicidio S53	1	2	3	4
Rischio di suicidio S54	1	2	3	4
Rischio di suicidio S55	1	2	3	4
Rischio di suicidio S56	1	2	3	4
Rischio di suicidio S57	1	2	3	4
Rischio di suicidio S58	1	2	3	4
Rischio di suicidio S59	1	2	3	4
Rischio di suicidio S60	1	2	3	4
Rischio di suicidio S61	1	2	3	4
Rischio di suicidio S62	1	2	3	4
Rischio di suicidio S63	1	2	3	4
Rischio di suicidio S64	1	2	3	4
Rischio di suicidio S65	1	2	3	4
Rischio di suicidio S66	1	2	3	4
Rischio di suicidio S67	1	2	3	4
Rischio di suicidio S68	1	2	3	4
Rischio di suicidio S69	1	2	3	4
Rischio di suicidio S70	1	2	3	4
Rischio di suicidio S71	1	2	3	4
Rischio di suicidio S72	1	2	3	4
Rischio di suicidio S73	1	2	3	4
Rischio di suicidio S74	1	2	3	4
Rischio di suicidio S75	1	2	3	4
Rischio di suicidio S76	1	2	3	4
Rischio di suicidio S77	1	2	3	4
Rischio di suicidio S78	1	2	3	4
Rischio di suicidio S79	1	2	3	4
Rischio di suicidio S80	1	2	3	4

FUNZIONAMENTO NEL CONTESTO DI VITA

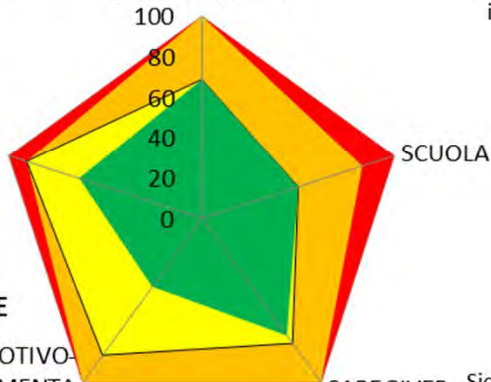
COMPORAMENTI A RISCHIO DELL'UTENTE



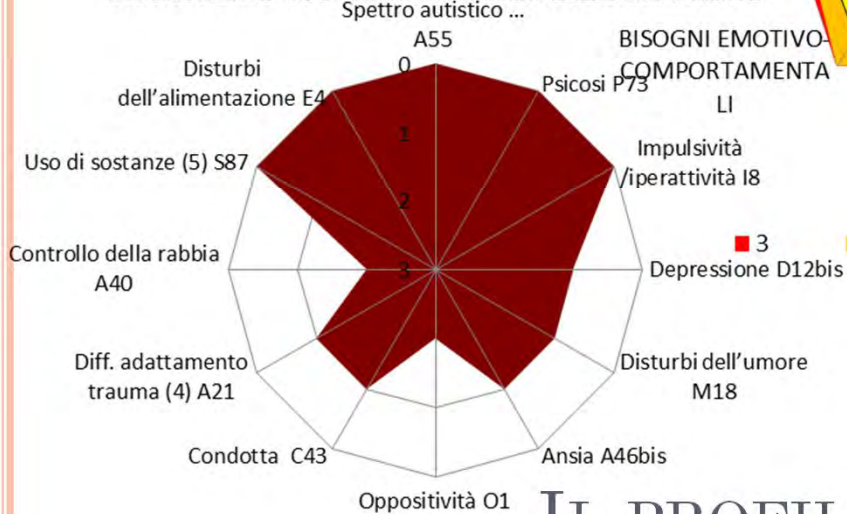
SCUOLA



FUNZIONAMENTO

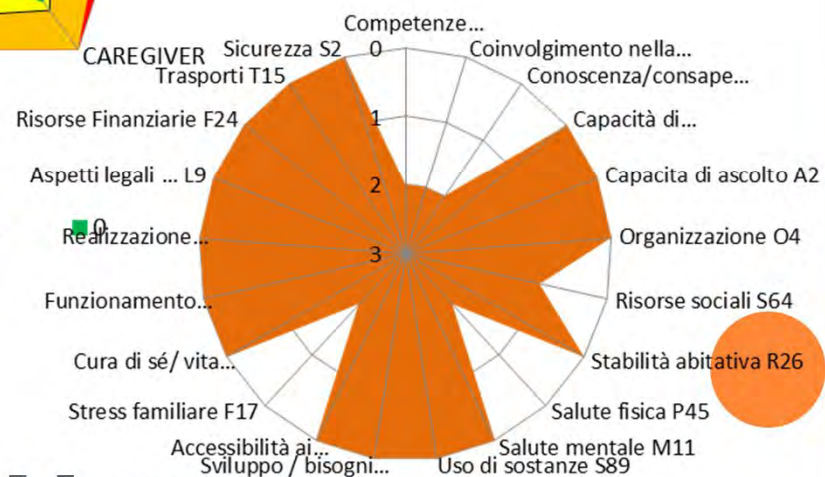


BISOGNI EMOTIVO-COMPORAMENTALI DELL'UTENTE



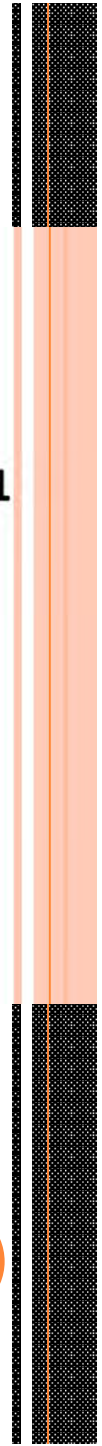
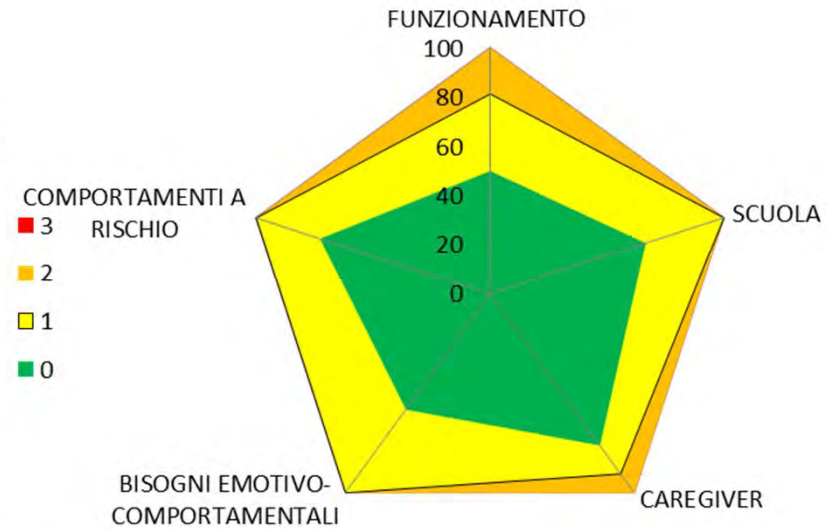
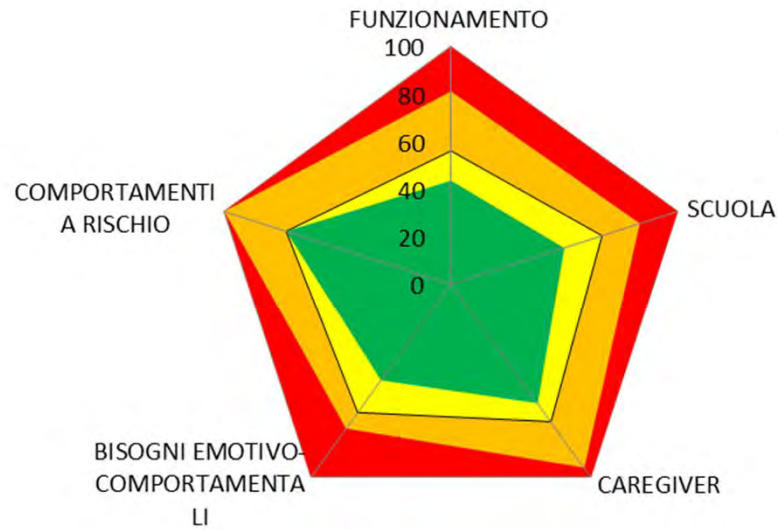
BISOGNI EMOTIVO-COMPORAMENTALI

CAREGIVER

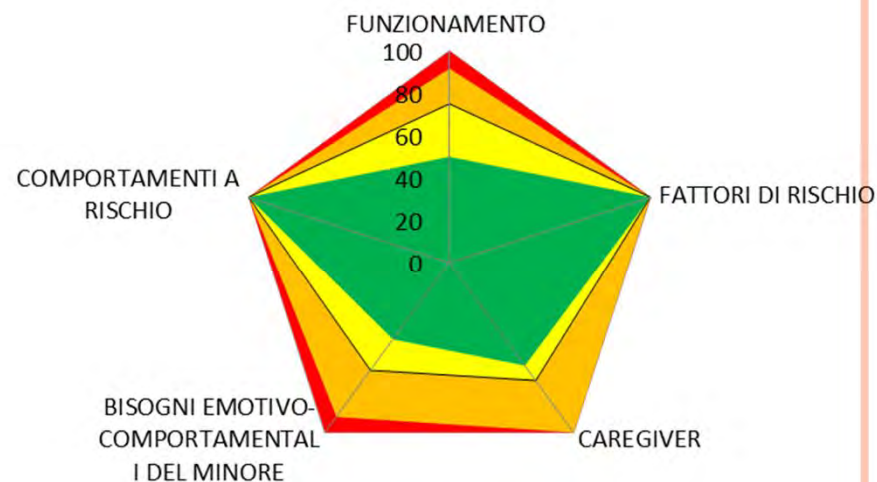
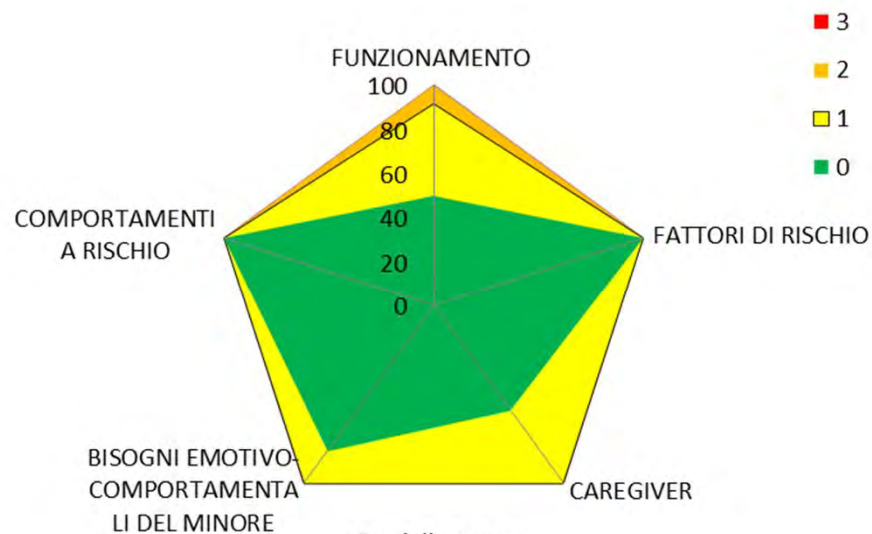


IL PROFILO DI MICHELE 2

CDTA T0-T1



RAPPRESENTAZIONE DEL PROFILO CANS CON SCHEMA POLARE DUE DIVERSE INDICAZIONI DI TRATTAMENTO



DIURNO PICCOLI CANS AL T0 E AL T1

INTERVENTO TERAPEUTICO: MODULO PSICOMOTORIO-LOGOPEDICO INTERVENTO PSICOEDUCATIVO CON I GENITORI

T0 ■ 3 ■ 2 ■ 1 ■ 0

ITALIAN CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS (CANS) 0-3

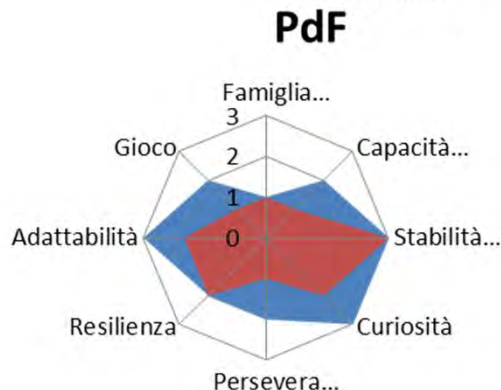
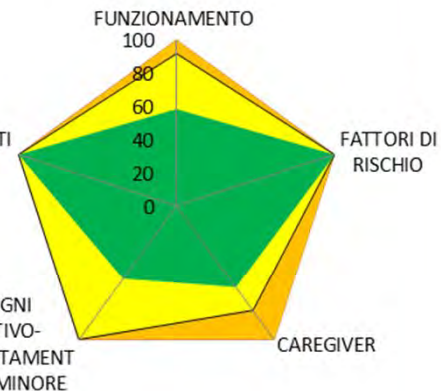
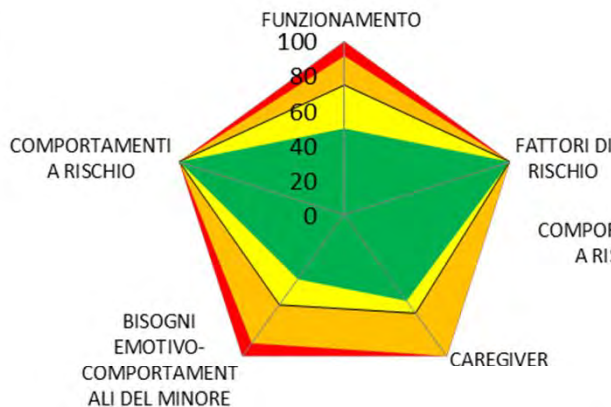
Nome del minore: _____ Data di nascita: ____/____/____ Genere: M F
 Collocamento: _____ Completato: _____ Data compilazione: _____

FUNZIONAMENTO				
0= nessuna evidenza di problema	1= moderato		2= severo	
1- alta, lieve	0	1	2	3
DEL MINORE				
Sviluppo (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo motorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione (1) (C1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condizioni mediche (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salute dentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condizioni fisiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cure interattive precedenti (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEI CONTESTI DI VITA				
Famiglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contesto di vita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famiglia allargata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funz. quotidiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanz. Sociale S69	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acculturazione (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FATTORI DI RISCHIO				
Peso alla nascita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PICU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cure pre nati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Danni alla gravidanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasmissione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esposizione a sostanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi genitoriali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilità materna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNTI DI FORZA DEL BAMBINO				
0= Colonna portante	1= Utile		2= Potenzialmente	
	0	1	2	3
Non ancora identificato				
Gioco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famiglia come pdi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compatibilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità interpersonali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stabilità delle relazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Curiosità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persistenza/valermi reazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resilienza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adattabilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FUNZIONAMENTO				
0= nessuna evidenza di problema	1= moderato		2= severo	
1- alta, lieve	0	1	2	3
Famiglia				
Organizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi coniugali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risorse sociali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salute fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salute mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso di sostanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sviluppo / bisogni evolutivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accessibilità ai servizi di base (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funzionamento socioeconomico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizzazione obiettivi formativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspetti legali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risorse finanziarie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasporti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicurezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BISOGNI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI DEL MINORE				
0= Nessuna evidenza di problema 1= Moderato 2= Problemi correlati con un disturbo diagnosticabile 3= Disturbo psichiatrico o psicologico				
COMPORTAMENTI A RISCHIO				
0= Nessuna evidenza di problema 1= Moderato 2= Problemi correlati con un disturbo diagnosticabile 3= Disturbo psichiatrico o psicologico				
COMPORTAMENTI A RISCHIO				
0= Nessuna evidenza di problema 1= Moderato 2= Problemi correlati con un disturbo diagnosticabile 3= Disturbo psichiatrico o psicologico				

CAREGIVER				
0= Non applicabile - Nessun caregiver identificato	1= Bisogni moderati		2= Bisogni significativi	
1- nessun/minimi	0	1	2	3
IN RELAZIONE COL(B) BAMBINO				
Capacità di ascolto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacità di comunicare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scoperta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collegamento nella cura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conoscenza/consapevolezza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress familiare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cura di sé/vita quotidiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MODULI				
Vedere il retro del modulo per: 1: BISOGNI EVOLUTIVI (2) SULL'IPPO (BE) 2: CONDIZIONI MEDICHE 3: REGOLAZIONE 4: SCUOLA 5: INTEGRAZIONE CULTURALE 6: TRAUMA				
Collocamento:				
Se in comunità compilare TRATTAMENTO RESIDENZIALE				
Se in affido compilare CAREGIVER ATTUALE				



■ T1
■ T0



QUANDO IL RICOVERO E' INDISPENSABILE?

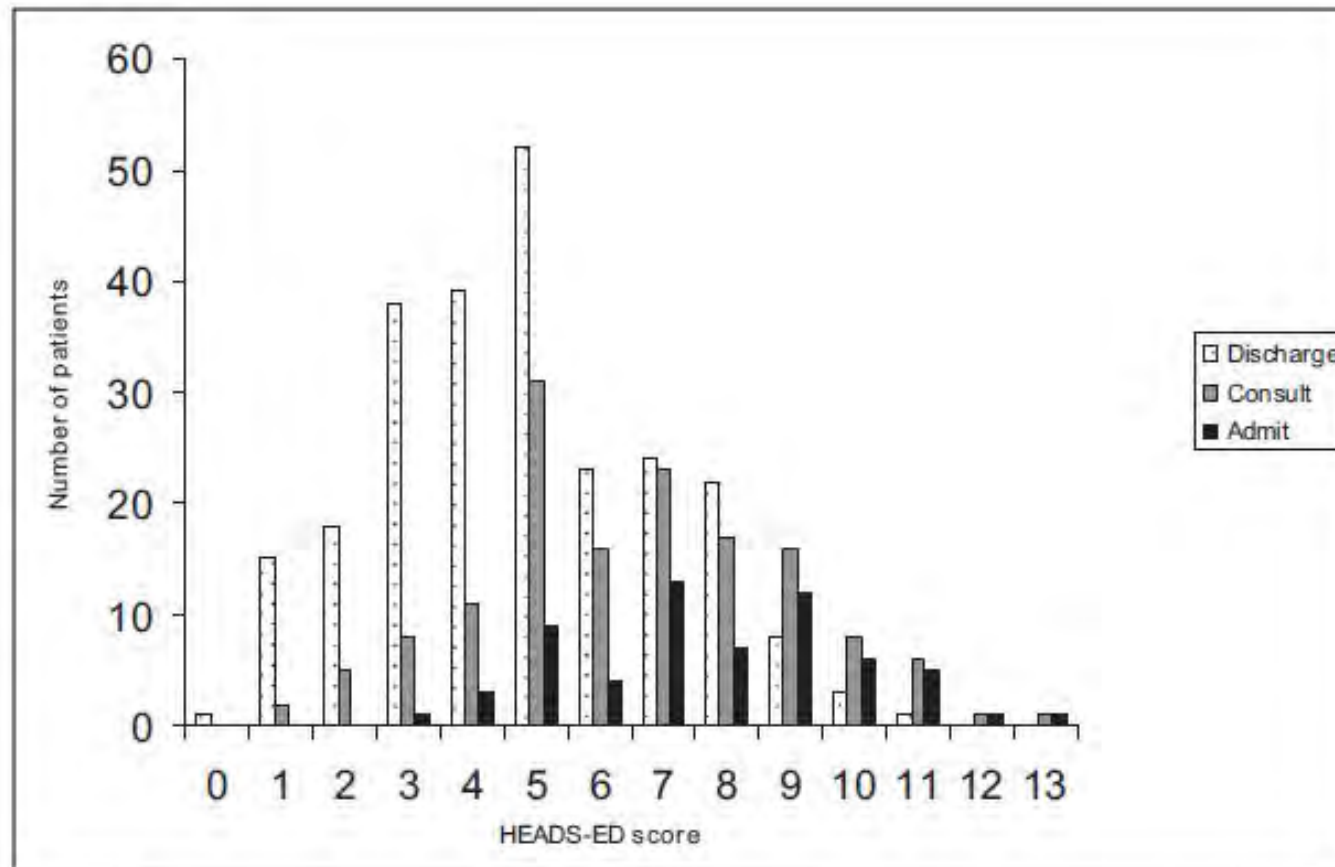
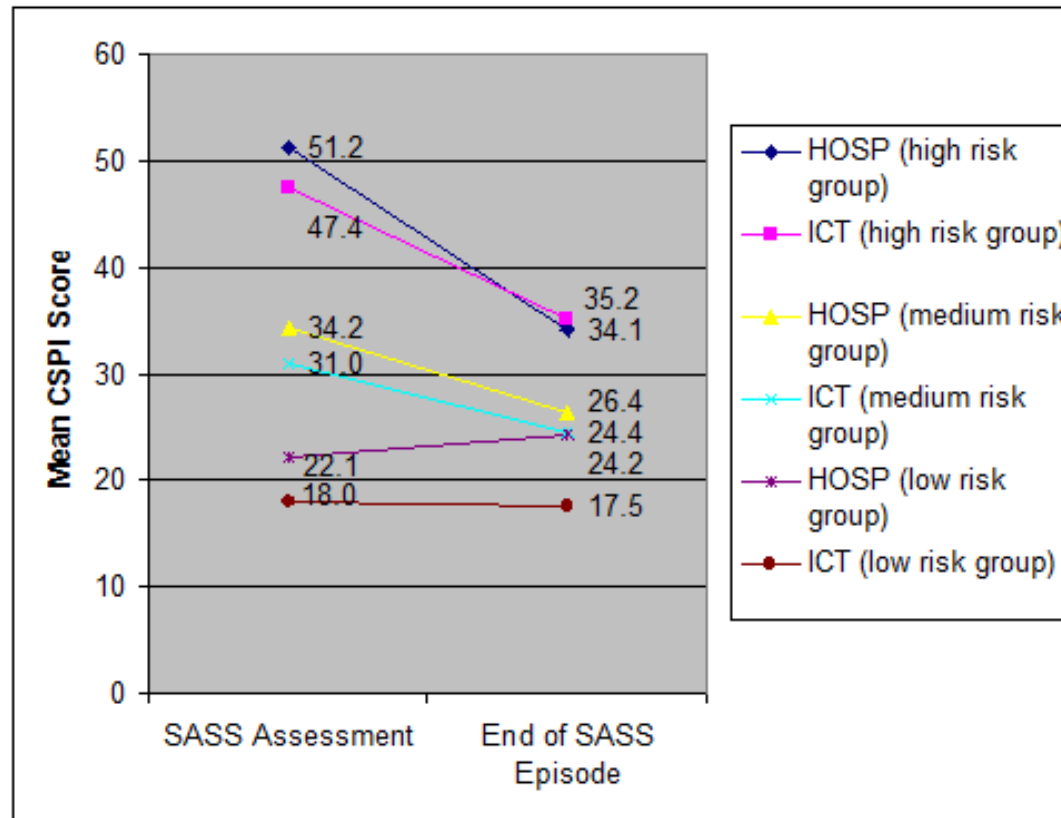


FIGURE 1

Frequency distribution of the HEADS-ED showing proportion of sample discharged, referred for psychiatric consult, or admitted.

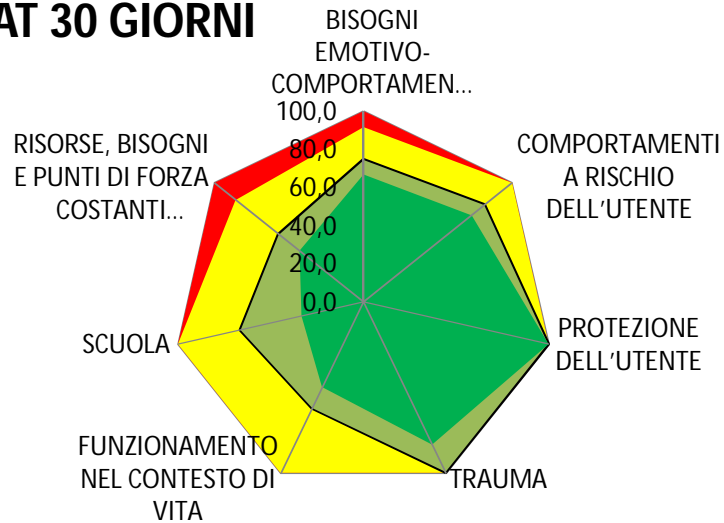
QUANDO IL RICOVERO E' INDISPENSABILE?

Change in Total CSPI Score by Intervention and Hospitalization Risk Level (FY06)

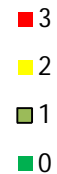
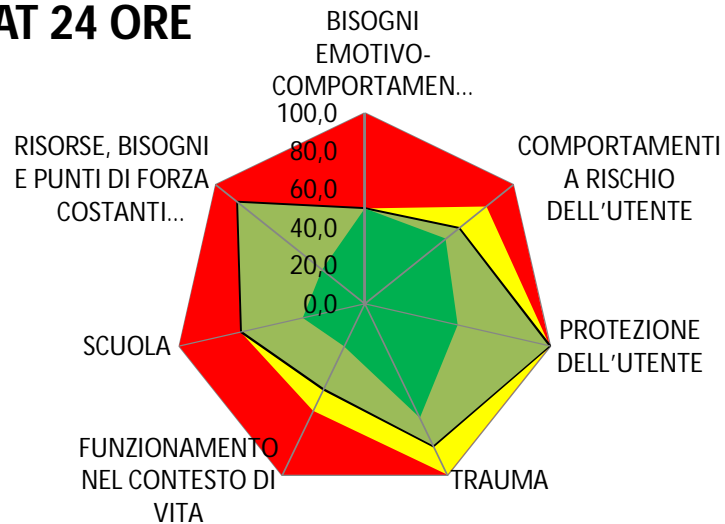


C5

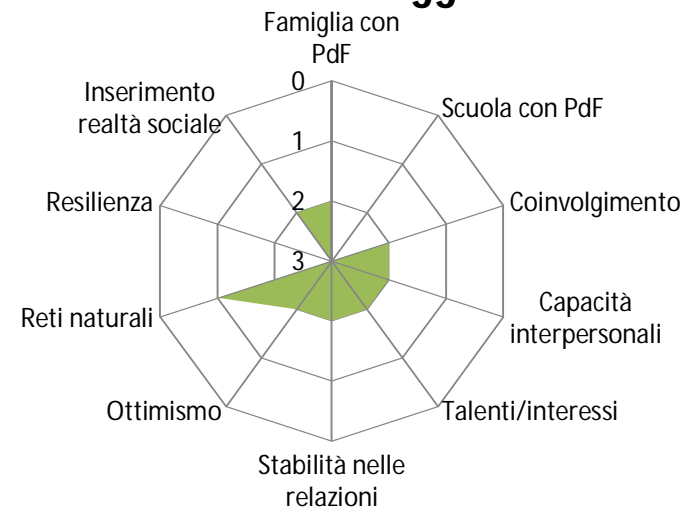
CAT 30 GIORNI



CAT 24 ORE



6 - PdF 30 gg





SCEGLIERE GLI INTERVENTI IN BASE CANS: GLI ALGORITMI

"...decision support models (or algorithms, as some call them) are generated as patterns of actionable items. For example, Table 3.2 provides a decision model used for treatment foster care referrals in Philadelphia. Notice that the model can be described clinically. First, the child either has to have an actionable developmental need or an Actionable behavioral health need. They need to have something to treat to justify treatment foster care. However, just those needs could be adequately addressed with an outpatient referral. To justify the use of a therapeutic living environment, additional complications are necessary—functioning disabilities, severe school or social behavior problems, or actionable risk behaviors. ..."

"...Eligibility models of decision support can have a transformational effect on an existing service system by creating greater consistency, reducing errors, and subsequently improving outcomes...."

J. S. Lyons «Communimetrics»

Phase 9. Repeat the Processes in Phases 1 to 6 During the Course of Service Delivery 63

Table 3.2 Philadelphia Department of Human Services Thresholds for Eligibility for Treatment Foster Care (TFC) Based on the Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS)

Criterion	Area	Rating	CANS item
1—Diagnosis	Presence of two or more symptom areas associated with a serious emotional/behavioral disorder	2 or 3	17. Psychosis 18. Attention deficit/impulse control 19. Depression/anxiety 20. Anger control 21. Oppositional behavior 22. Antisocial behavior 23. Adjustment to trauma 24. Attachment 33. Severity of substance abuse
2—Functioning	Notable impairment in functioning in at least one area	3	1. Motor 2. Sensory 3. Intellectual 4. Communication 5. Developmental 6. Self-care/daily living skills 7. Physical/medical
3—School	Notable impairment in school functioning	3	9. School achievement 10. School behavior 11. School attendance
4—Risk A	Notable risk behaviors in at least one of these areas	2 or 3	29. Danger to self 30. Fire setting 31. Runaway 38. Seriousness of criminal behavior 41. Sexually abusive behavior
5—Risk B	Notable risk behaviors in at least one of these areas	"3"	30. Social behavior 40. Violence

In order for a child/youth to be deemed eligible for TFC, she or he must score the following:
The child or youth must have at least TWO 2s or 3s for Criterion 1—Diagnosis AND
a 2 or 3 for Criterion 2—Functioning OR
a 3 for Criterion 3—School OR
a 2 or 3 for Criterion 4—Risk A OR a 3 for Criterion 5—Risk B.



SCEGLIERE GLI INTERVENTI IN BASE CANS: COMUNITA' SI, COMUNITA' NO? GLI ALGORITMI (1)

Modello decisionale dell'Illinois per i trattamenti residenziali

Attraverso la revisione dei punteggi CANS degli utenti, sono stati definiti dei criteri guida per decidere se e quale intervento residenziale mettere in atto (sia esso comunità o affido)

I criteri sono definiti in base a livelli di intensità e livello di specializzazione dell'intervento oltre che diversificati per classi di età. Includono item di domini diversi (BISOGNI EMOTIVO COMPORTAMENTALI, COMPORTAMENTI A RISCHIO ETC) che vengono accorpati (almeno uno di...) e per i quali viene definito un cut-off oltre il quale è «necessario» applicare un determinato intervento.

«A growing body of validity information demonstrates that the decision models result in better outcomes than decisions that are not consistent with the CANS recommended level of care»



SCEGLIERE GLI INTERVENTI IN BASE CANS: COMUNITA' SI, COMUNITA' NO? GLI ALGORITMI (2)

Modello decisionale dell'Illinois per i trattamenti residenziali

Adm Policy Ment Health. Author manuscript; available in PMC 2015 Apr 23.
Published in final edited form as:
Adm Policy Ment Health. 2015 Jan; 43(1): 70-88.
doi: [10.1007/s10446-014-0444-4](https://doi.org/10.1007/s10446-014-0444-4)

PMCID: PMC4437380
NIDMSID: NIDMS078578

Out-of-Home Placement Decision-Making and Outcomes in Child Welfare: A Longitudinal Study

Ka Ho Brian Chor,¹ Gary M. McClelland, Dana A. Weiner, Neil Jordan, and John S. Lyons

¹Ka Ho Brian Chor, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Mental Health Implementation and Dissemination Science in States for Children, Adolescents, and Families (IDEAS Center), New York University Child Study Center, New York University School of Medicine, 1 Park Avenue, 7th Floor, New York, NY 10016, USA;

Contributor Information

Corresponding author:

Ka Ho Brian Chor: brian.chor@nyumc.org; Gary M. McClelland: gmcc@northwestern.edu; Dana A. Weiner: dane50@northwestern.edu; Neil Jordan: neil.jordan@northwestern.edu; John S. Lyons: john.lyons@nyumc.org

Copyright notice and Disclaimer

The publisher's final edited version of this article is available at Adm Policy Ment Health.

Abstract

Go to: [\(F\)](#) Go to: [\(F\)](#)

After children enter the child welfare system, subsequent out-of-home placement decisions and their impact on children's well-being are complex and under-researched. This study examined two placement decision-making models: a multidisciplinary team approach, and a decision support algorithm using a standardized assessment. Based on 3,911 placement records in the Illinois child welfare system over 4 years, concordant (agreement) and discordant (disagreement) decisions between the two models were compared. Concordant decisions consistently predicted improvement in children's well-being regardless of placement type. Discordant decisions showed greater variability. In general, placing children in settings less restrictive than the algorithm suggested ("under-placing") was associated with less severe baseline functioning but also less improvement over time than placing children according to the algorithm. "Over-placing" children in settings more restrictive than the algorithm recommended was associated with more severe baseline functioning but fewer significant results in rate of improvement than predicted by concordant decisions. The importance of placement decision-making on policy, restrictiveness of placement, and delivery of treatments and services in child welfare are discussed.

Keywords: Child welfare, Out-of-home placements, Team decision-making, Decision support algorithm, Outcomes



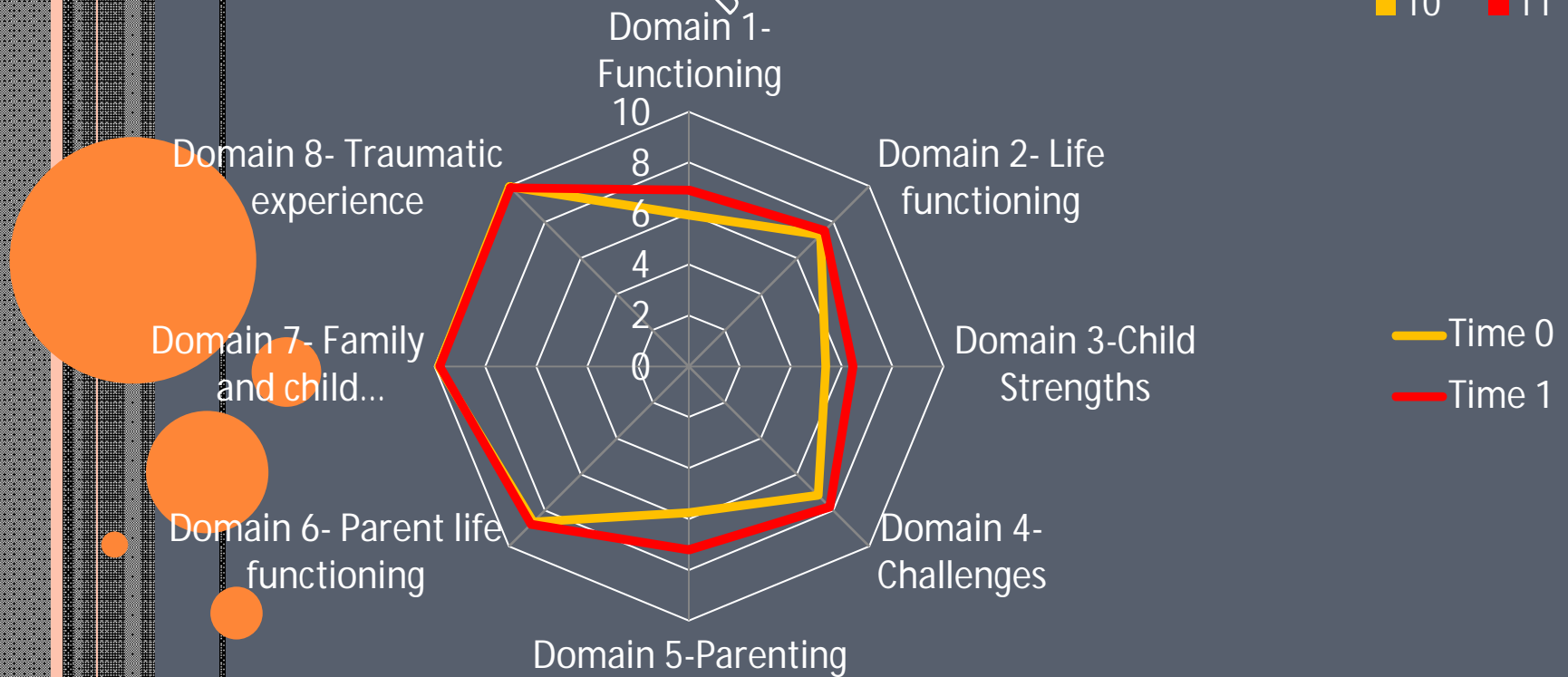
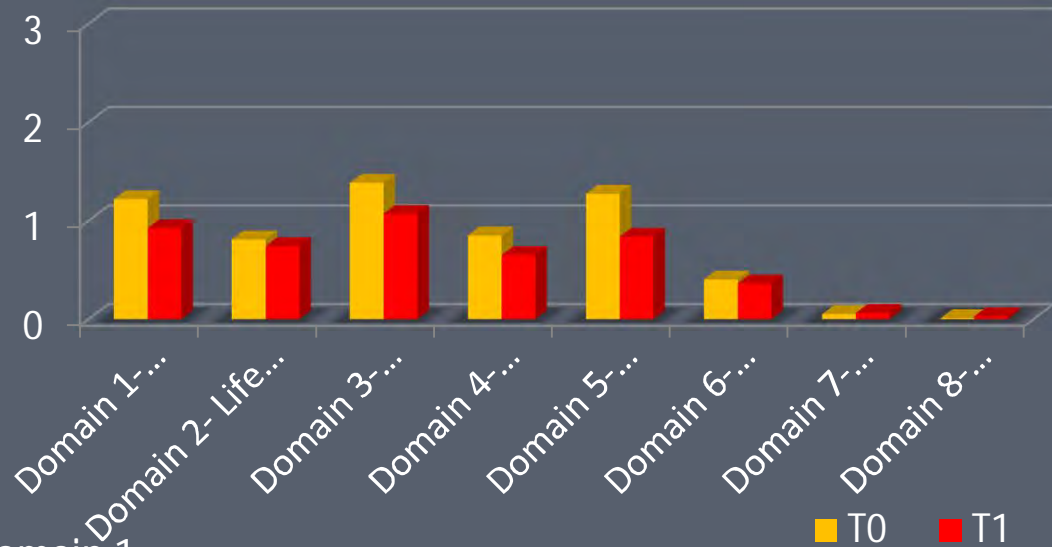
SCEGLIERE GLI INTERVENTI IN BASE CANS: COMUNITA' SI, COMUNITA' NO? GLI ALGORITMI (4)

CANS Algorithms for Evaluating Level of Care (Based on John Lyons' CANS MH Rating Tool)

- Criterion 1 1 Problem presentation rated 3 OR
2 or more Problem presentations rated 2
- Criterion 2 1 Risk behavior rated 3 OR
2 or more Risk behavior rated 2
- Criterion 3 1 Caregiver capacity from supervision, involvement, OR safety rated 3
- Criterion 4 2 or more Caregiver capacity rated at least 2 but not meeting criteria 3
- Criterion 5 1 Risk behavior rated 2
- Meet criteria 1, 2, AND 3..... Congregate care (Family Based Treatment, Community Residence)
 - Meet criteria 1, 2, AND 4..... Intensive community (HCBS Waiver)
 - Meet criteria 1 AND 5..... Intensive outpatient (Intensive Case Management)
 - Meet criteria 1..... Intensive outpatient (Supportive Case Management)
 - All others..... Outpatient

(Algorithms established by Bronx SPOA.)

Population: T0/T1



MISURARE?

- **Non tutto ciò che si può misurare conta**
(il problema dell'approccio psicometrico classico...)
- **Non tutto ciò che conta si può misurare**
(... soggettivo è peggio che oggettivo?)

APPELLO SULLO STATO DEI SERVIZI DI NP/IA

La SINPIA denuncia lo stato di sempre maggiore criticità delle risposte per gli utenti con disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e per le loro famiglie.

» LEGGI APPELLO

» ADERISCI ALL'APPELLO

» LEGGI COMUNICATO STAMPA

www.sinpia.eu