

La governance delle psicoterapie nella salute mentale e il CORE OM, l'esperienza della Regione Toscana

Daniel de Wet

Collaboratore Regione Toscana

D. G. Diritto di Cittadinanza e Coesione Sociale,

Settore: Politiche per l'integrazione socio sanitaria e la salute in carcere

P.O.: Politiche Integrate per la Promozione e la Tutela della Salute Mentale

TRENTO

11 Ottobre 2013



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

It is very important to have good randomized, clinical trials providing evidence about the efficacy of new treatments but it is equally important to have research providing evidence that a mental health system in a given country, region, district is working

Benedetto Saraceno

International Journal of Mental Health Systems 2007

“We hide the ineffective services from ourselves and the public by not collecting information that measures their effectiveness.”

“Nascondiamo l’inefficacia dei servizi [di Salute Mentale] a noi stessi e al pubblico in quanto non raccogliamo le informazioni che valutano la loro efficacia”

Leonard Bickman

Why don't we have effective mental health services?

Editorial: Journal of Administration and Policy in Mental Health 2008 pp. 437-9

Contenuto

1° Parte: Perché governare la Psicoterapia?

2° Parte: Il progetto “La valutazione degli esiti della Psicoterapia nelle Aziende Sanitarie” dell’area vasta Nord-Ovest.

3° Parte: Risultati ottenuti

La Psicoterapia nei Servizi Pubblici

- La psicoterapia viene considerata un intervento di alta “tecnologia” umana”, che quindi richiede molte risorse economiche.
- Tuttavia, vari studi hanno da tempo dimostrato che spendere di più in psicoterapia, nell’area dei disturbi mentali, è un modo di investire le risorse per evitare spese future riguardanti la cronicizzazione dei sintomi, inabilità, patologie secondarie ecc.



Sappiamo ciò che funziona!?

La letteratura sembra dare un giudizio unanime sul fatto che:

1. La Psicoterapia rappresenta un intervento molto efficace per un ampio spettro di patologie (mentali e non!).
2. La maggior parte degli utenti registra un miglioramento clinicamente significativo.
3. Spesso il miglioramento continua anche dopo il termine della terapia e i risultati ottenuti vengono mantenuti per lungo tempo.

Sappiamo ciò che funziona!?

“Perciò per il paziente medio, che riceve una terapia per cui esistono prove empiriche di efficacia, la psicoterapia apporterà benefici ed effetti duraturi”

Newnham, E. & Page, A. (2010). Bridging the gap between best evidence and best practice in mental health. *Clinical Psychological Review*, 30. pp 127-42.

- La domanda principale rimane (forse oggi più che mai!):

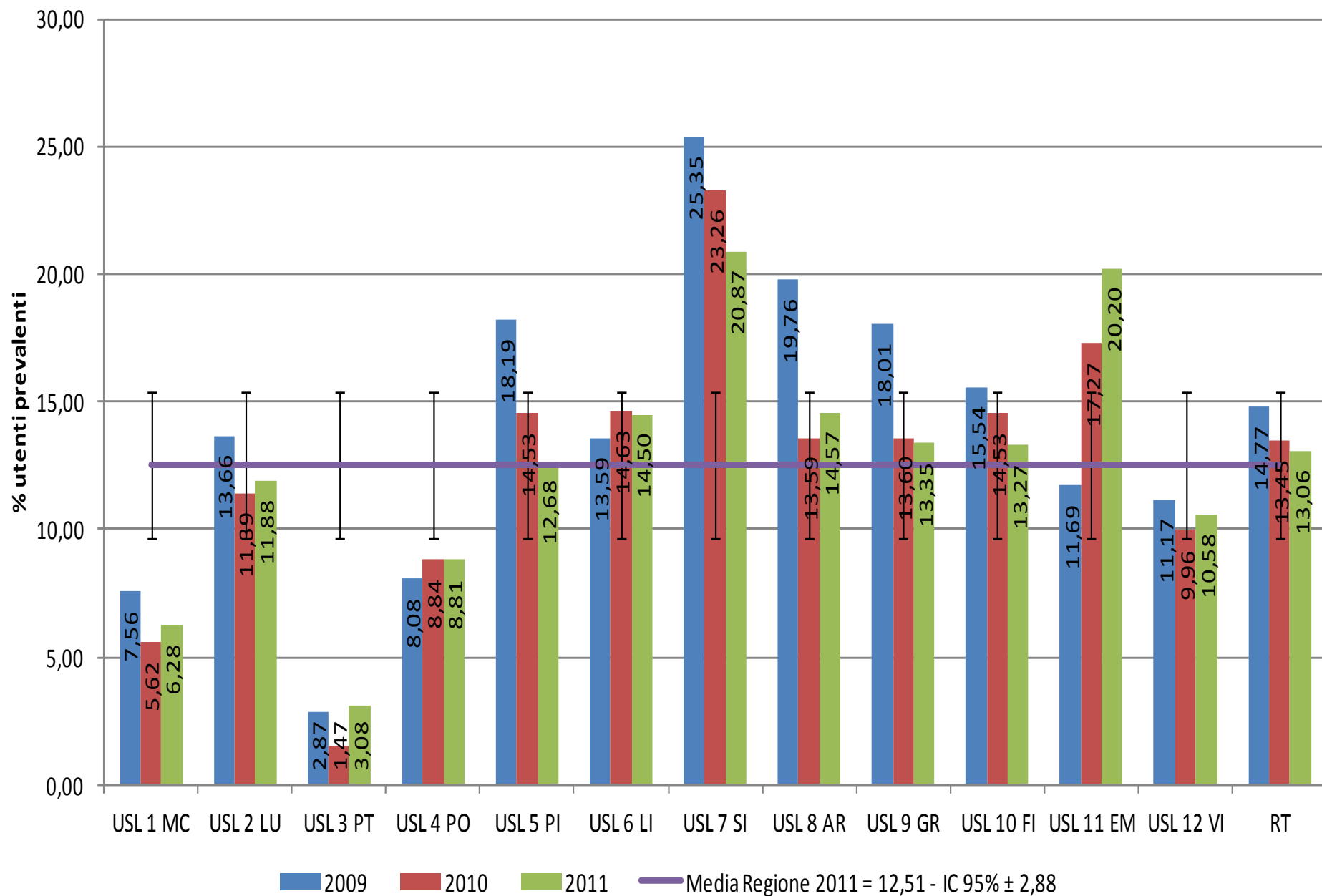
“Quale terapia, fornita da chi, è la terapia più efficace per questo individuo, con questo specifico problema, e in quale contesto?”

Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychotherapy*, 31. pp 109-118

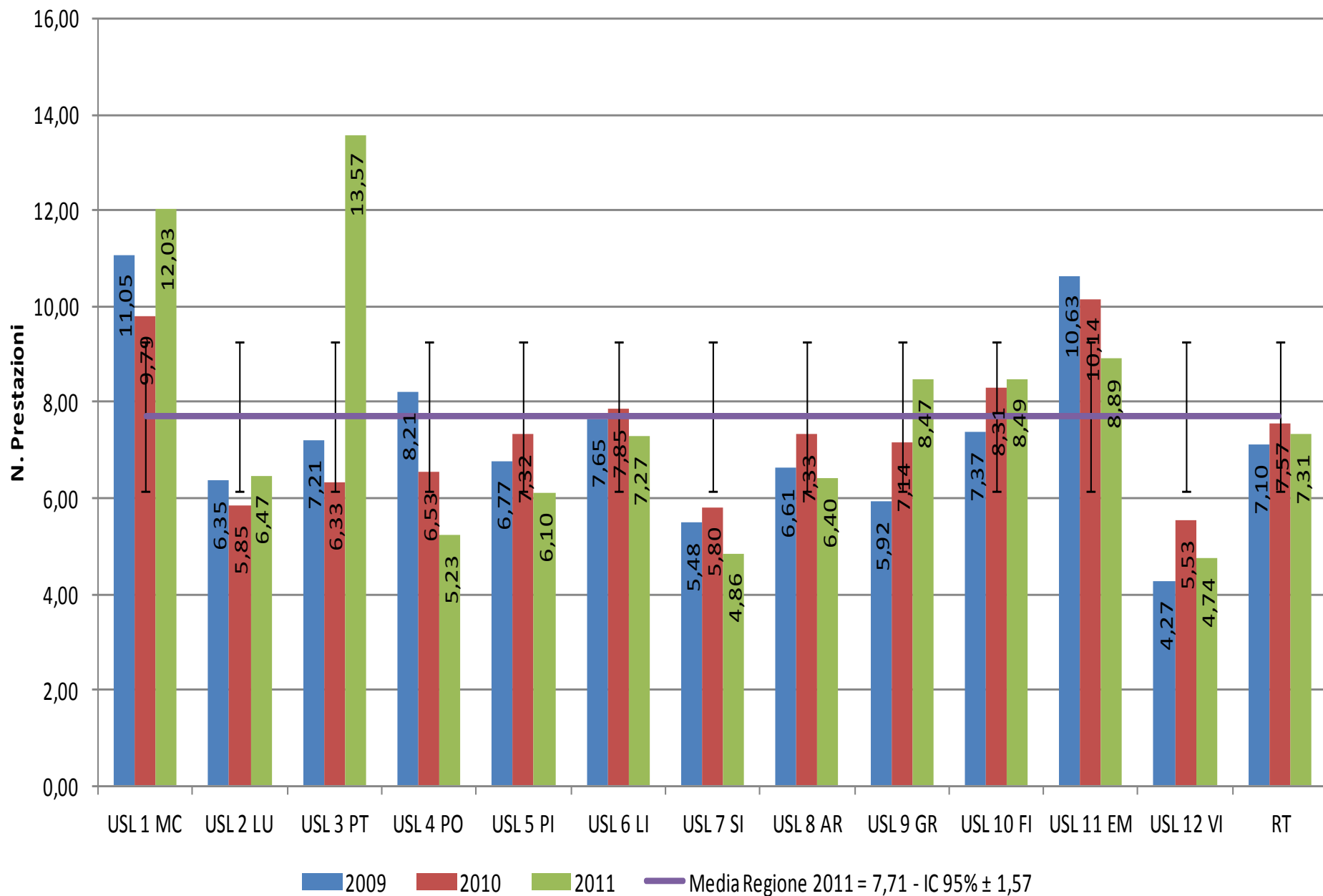
Psicoterapia nella Regione Toscana

Regione Toscana							
Anno	N.Utenti	N. Prestazioni	Media	Mediana	Moda	Prevalenz a Trattata	% degli Utenti Attivi
2006	9.159	69.832	7,62	4	1	59.489	15,40
2007	10.062	73.587	7,31	4	1	70.303	14,31
2008	9.943	77.235	7,77	4	1	74.761	13,30
2009	9.892	73.730	7,45	4	1	77.478	12,77
2010	9.095	70.080	7,71	4	1	77.987	11,66
2011	8.409	64.322	7,65	4	1	78.356	10,73

% Utenti Prevalenti trattato Psicoterapia - Adulti - Anno 2011



Psicoterapia - Adulti - Anno 2011: N. Prestazioni per utente

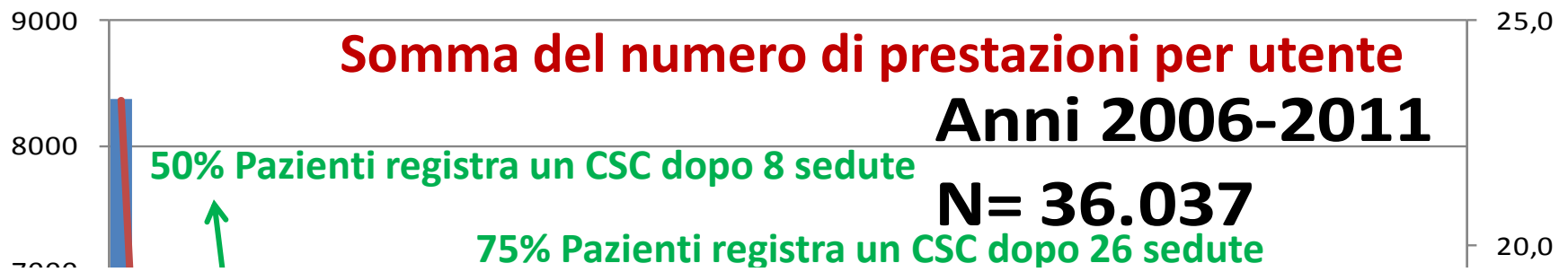


Tipi di psicoterapia erogati nella Regione Toscana 2009-2011

		2.009		2010		2.011	
		N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%
10701	Psicoterapia individuale	50.429	68,13	46.866	66,64	41.621	64,71
10702	Psicoterapia di coppia	1.634	2,21	1.528	2,17	1.473	2,29
10703	Psicoterapia familiare	7.218	9,75	6.804	9,68	5.919	9,20
10704	Psicoterapia di gruppo	14.733	19,91	15.126	21,51	15.309	23,80
Totale		74.014	100	70.324	100	64.322	100

**Suddivisione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni
psicoterapiche nel quadriennio 2007-2010 in base al numero
totale di prestazioni ricevute – Toscana 2006-2010**

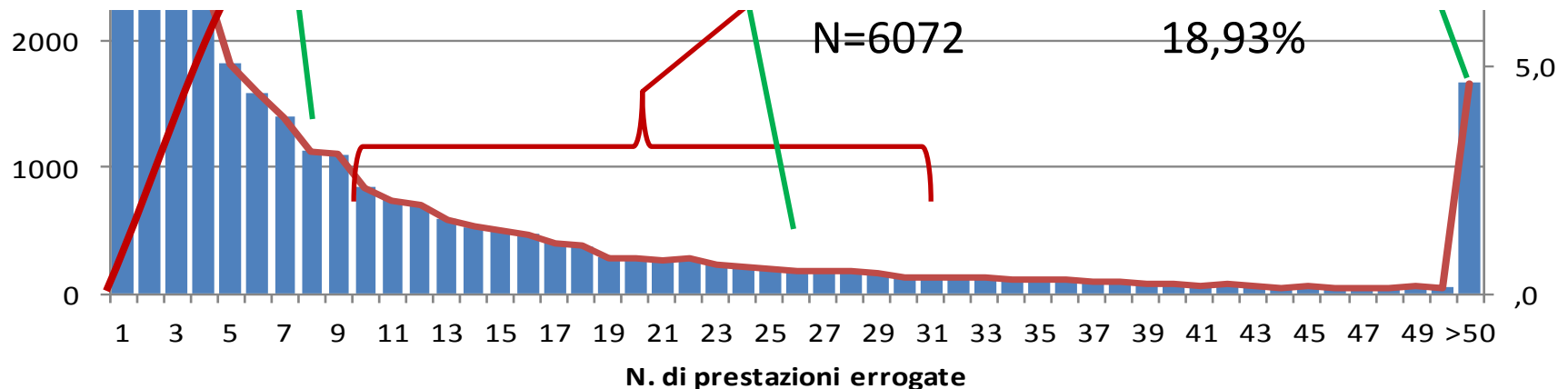
		Regione Toscana	
		N. Utenti	%
Ultra Breve	1-3 Prestazioni	10629	39,15%
Breve	4-10 Prestazioni	6936	25,55%
Medio	10-20 Prestazioni	4573	16,85%
Medio-Lungo	21-30 Prestazioni	1789	6,59%
Lungo	31-50 Prestazioni	1592	5,86%
Molto Lungo	50-100 Prestazioni	1162	4,28%
Estremo lungo	>101 Prestazioni	466	1,72%
Totale		27147	100,00%



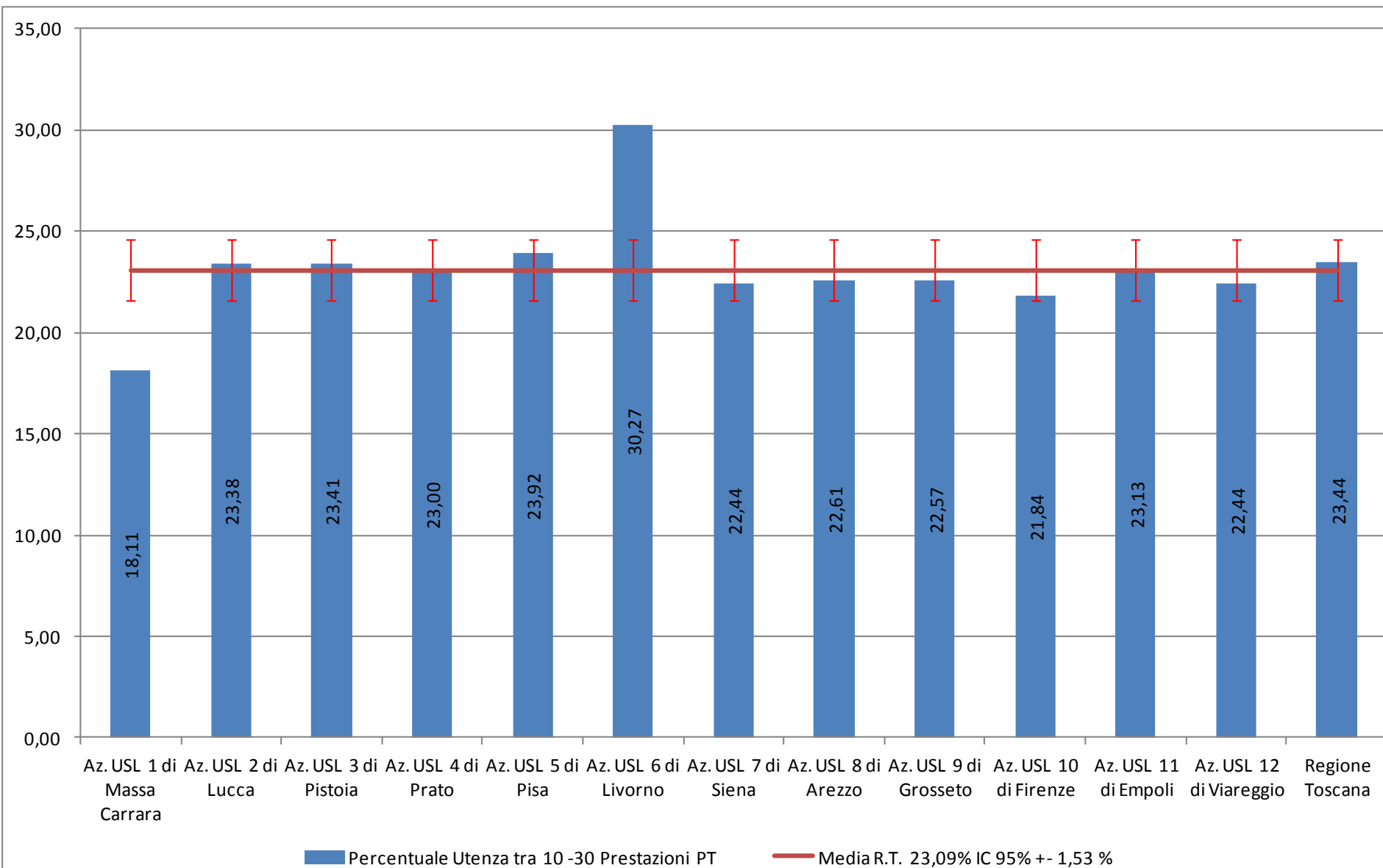
•Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

•Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

•Lutz, W., Lowry, J., Kopta, M., Einstein, A. D., & Howard, K. I. (2001). Prediction of doseresponse relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 889-900.



Appropriatezza



Prestazioni psicoterapeutiche erogate per numero di utenza, per anno e per categoria professionale

		N. Utenti	N. Prestazioni	Media	% dei N.Utenti	% dei N. Prestazioni
2006	Psicologia adulti	3.954	30.915	7,82	36,27	42,70
	Psicologia IA	1.823	12.307	6,75	16,72	17,00
	NPI	1.315	6.807	5,18	12,06	9,40
	Psichiatria	3.360	20.359	6,06	30,82	28,12
	Altro	449	2.020	4,50	4,12	2,79
2007	Psicologia adulti	4.195	32.669	7,79	35,26	43,92
	Psicologia IA	2.263	12.779	5,65	19,02	17,18
	NPI	1.297	5.786	4,46	10,90	7,78
	Psichiatria	3.837	21.318	5,56	32,25	28,66
	Altro	304	1.833	6,03	2,56	2,46
2008	Psicologia adulti	4.333	36.125	8,34	37,67	46,47
	Psicologia IA	2.240	13.338	5,95	19,47	17,16
	NPI	1.214	6.217	5,12	10,55	8,00
	Psichiatria	3.580	21.659	6,05	31,12	27,86
	Altro	137	391	2,85	1,19	,50
2009	Psicologia adulti	4.542	37.092	8,17	40,17	50,11
	Psicologia IA	2.138	12.636	5,91	18,91	17,07
	NPI	1.009	4.670	4,63	8,92	6,31
	Psichiatria	3.440	18.949	5,51	30,43	25,60
	Altro	177	667	3,77	1,57	,90

2° Parte:

Il progetto dell'Area Vasta Nord-Ovest della Toscana (Regionale ?) “La valutazione degli esiti della Psicoterapia nelle Aziende Sanitarie”.

La Valutazione degli esiti viene considerata un elemento fondamentale per governare i servizi della salute mentale in generale e la psicoterapia nello specifico.

1) Non ci possiamo più permettere di non farlo:

- “The ‘outcomes’ movement emerged as a consequence of rapidly escalating costs, acceleration of the introduction of new health technologies and evidence of massive regional variations in the delivery of health care” (Gilbody, 2002)
- È connesso alla preoccupazione per cui i servizi sono qualcosa di cui dobbiamo rispondere, essendo costantemente impegnati in un miglioramento della loro qualità e nell’uso delle risorse disponibili più corretto possibile. Da qui scaturisce la motivazione a realizzare interventi appropriati basati sull’evidenza scientifica
- Sistema di valutazione della Regione Toscana

2) Lo abbiamo sempre fatto e lo faremo sempre:

- Non è una novità – ogni giorno pazienti, famiglie, medici, servizi, amministratori e politici lo fanno – : processo informale con una discussione dei risultati limitati e non sistematici.
- In Italia, come in altri paesi del mondo, esiste il desiderio di valutare meglio e vedere che i risultati vengano usati in modo appropriato.

La valutazione degli esiti: Stato dell'arte in Toscana

- La valutazione è sempre più parte dei nostri servizi, a tutti i livelli. (L.R. n. 40, 24/2/2005 come modificata da L.R. n. 39, 29/10/2008)
- Per la salute mentale – un forte stimolo è stato dato anche dal flusso informatico dedicato
- Forte partecipazione da parte di alcuni professionisti operanti nei servizi.
- Richiesta sempre maggiore da parte di associazioni di utenti e familiari
- Esistono vari progetti sul territorio che riguardano gli esiti in vari contesti:
 - Psicoterapia
 - Assistenza neuro-psichiatrica nell'infanzia e adolescenza
 - Centri Diurni
 - Centri residenziali

Che cosa è un esito?

- La definizione più citata in salute mentale è quella di Andrews et al., (1994):
“the effect on a patient’s health status that is attributable to an intervention”
 - Qualcosa deve cambiare....?
 - “Intervento”?
 - Esiti misti: Per es. la riduzione dei sintomi a costo degli effetti collaterali.

Perché misurare esiti in modo routinario?

- È potenzialmente utile per i seguenti gruppi:
 - Pazienti e i loro familiari
 - Clinici e operatori sanitari
 - Manager dei servizi di salute mentale
 - Politici e amministratori

Pazienti e loro familiari

- Promuovere il dialogo
- Monitorizzare il processo
- Identificare i problemi e le esigenze nascosti
- Promuovere l'auto-efficacia, "empowerment" e recovery

Clinici e operatori del settore

- Standardizzare la misurazione del cambiamento nel tempo
- Contribuire al piano di trattamento individualizzato
- Informare sulle decisioni cliniche

Manager e responsabili dei servizi di salute mentale

- Fare un profilo del servizio e paragonare tale profilo con altri servizi
- Gestione del caseload
- Promozione della qualità del servizio
- Programmazione

Politici e amministratori

- Provare/mostrare l'efficacia dei servizi di salute mentale
- Trasparenza e costo/efficacia dei servizi
- Fornire eventualmente una base equa e razionale per allocare risorse ai servizi
- Programmazione

Quali esiti dovrebbero essere misurati?

- Gravità della sintomatologia
 - Funzionamento
 - Benessere
 - Qualità della vita
 - Bisogni
 - Recovery
 - Soddisfazione del cittadino dei servizi
 - Soddisfazione dei servizi (Professionisti)
- } CORE-OM
- QUALY's?

Questioni e problemi

- Finanziamenti
- I livelli di adesione
- Mancanza di tempo (?) e motivazione
- Formazione
- Supporto informatico

Come misurare gli esiti: la Policy

- Linee strategiche per favorire l'attuazione della valutazione degli esiti in modo routinario.
- Lo sviluppo di un sistema di valutazione degli esiti di routine regionale – quali strumenti, raccolta dati, ruolo dei professionisti, meccanismi di feedback, sistema informativo.
- Incentivare l'uso e la partecipazione – obiettivi nel sistema di valutazione regionale. “Payment by Results”?
- Garantire che i dati rispondano alle esigenze e vengano utilizzati su tutti i livelli, promozione dell'uso
- Usare i dati per la programmazione dei servizi e le politiche sanitarie a livello regionale e locale.

Il Futuro

- È stato mostrato che la valutazione degli esiti di routine non è solo sostenibile, ma ha numerosi vantaggi nel medio e lungo termine.
- Anche in Toscana esiste una buona base di esperienze nella valutazione dell'efficacia (efficacy) degli interventi psicosociali che può essere usata in modo estensivo sul tutto il territorio regionale
- Consolidamento ed estensione dei percorsi già avviati

Il Futuro

- Nuovo piano sanitario 2012-2015: consolidare l'implementazione della valutazione routinaria di esito dei percorsi terapeutico-riabilitativi
 - A tutti i livelli nei servizi di salute mentale
 - Ambulatoriale
 - Ospedaliero
 - Centri diurni
 - Centri residenziali
 - Interventi di promozione e prevenzione

Il Futuro

- È in una fase di revisione il set di indicatori della regione Toscana per la Salute Mentale.

Ad oggi sono almeno TRE gli indicatori:

- % utenti con un miglioramento significativo su una scala di valutazione standardizzata (come per esempio Honos / Core-OM / STORI / o altro) per pazienti con una presa in carico.
- Partecipazione alla valutazione dell'esito.
- Partecipazione alla valutazione degli esiti da parte degli utenti (ragazzi e / o genitori).

CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

- Il supporto informatico è fondamentale.
 - Diventa un strumento di lavoro.
 - Rende i dati fruibile immediatamente su tutti i livelli.
 - Individuale
 - Servizio
 - Regionale



Form: CORE_OM Studio: **Esiti**

EXP

P. Mangali 2009

? | CORE_FN | CORE_IN | CORE_OM | Quest_sod | ddw

Iniziali		Digitare le iniziali del paziente
Codice_pat.		Inserire un codice numerico
Data_val.		Nella forma ggmmaa
Codice_esam.		Inserire un codice numerico
Codice_Asl		Inserire il codice del gruppo

Record

P ◀ 3/2 ▶ U

recupera

ultimo ID

Registra il record

Cod_Asl		1-12
Cod_TI		-
Stadio		1-9
Episodio		-
Eta'		17-99 Indicare l'età in anni
Sesso		1-2

IMPORTANTE - DA LEGGERE PRIMA DELLA COMPILAZIONE

Questo questionario contiene 34 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA.

Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

CORE_OM_1		0-4	Mi sono sentito terribilmente solo e isolato.
CORE_OM_2		0-4	Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso.
CORE_OM_3		0-4	Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno
CORE_OM_4		0-4	Mi sono sentito a posto con me stesso.
CORE_OM_5		0-4	Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo
CORE_OM_6		0-4	Sono stato violento fisicamente verso altre persone.
CORE_OM_7		0-4	Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà
CORE_OM_8		0-4	Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici
CORE_OM_9		0-4	Ho pensato a farmi del male.
CORE_OM_10		0-4	Non ho avuto la forza di parlare con le persone.
CORE_OM_11		0-4	La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti

3° Parte:

Risultati e Loro Uso

Partecipazione

Registrati – con accesso al sistema WEB.

Partecipanti da tutte le AA.SS.LL. della RT

N= 140

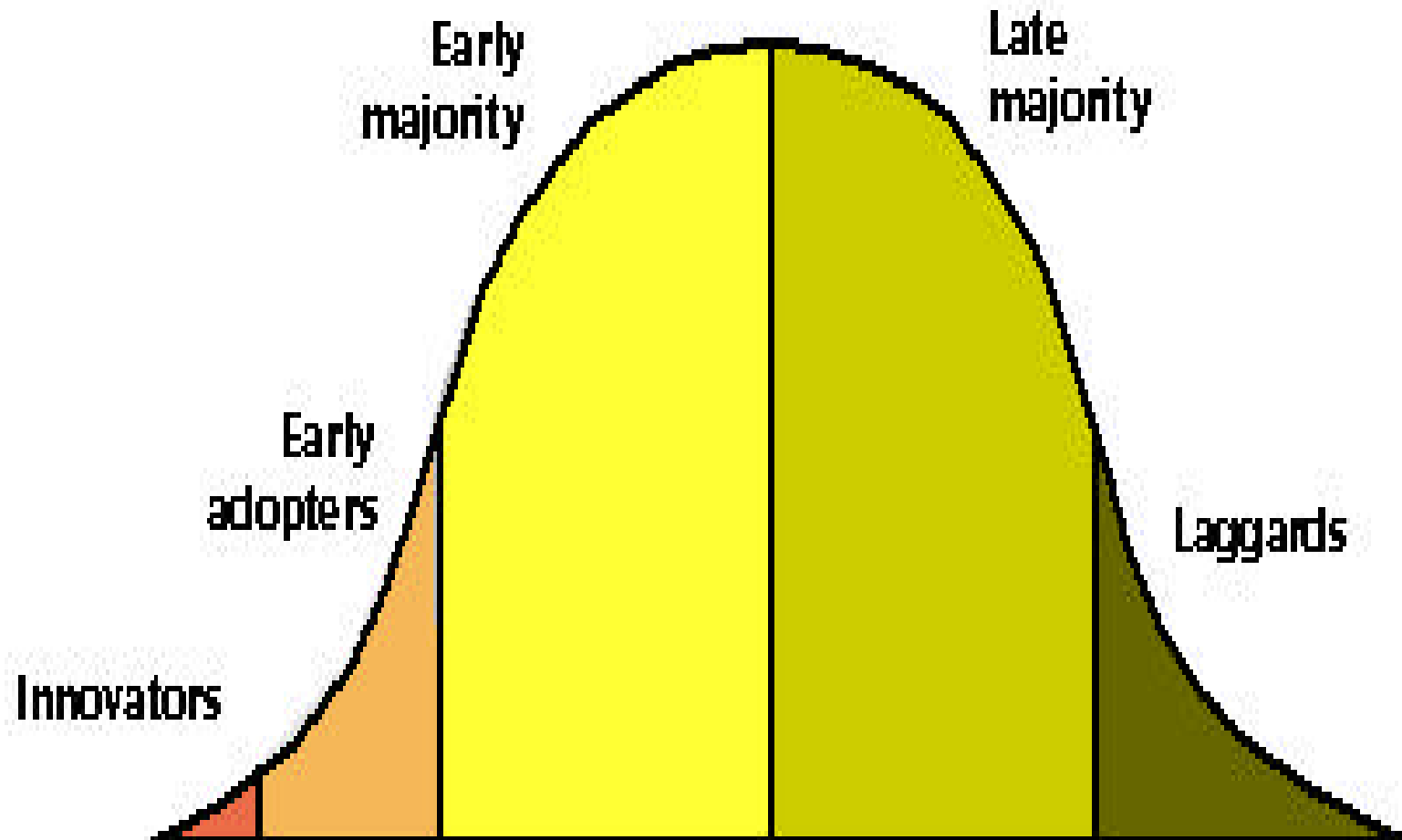
Partecipanti attivi

N= circa 50 (36%)

Utilizzatori frequenti

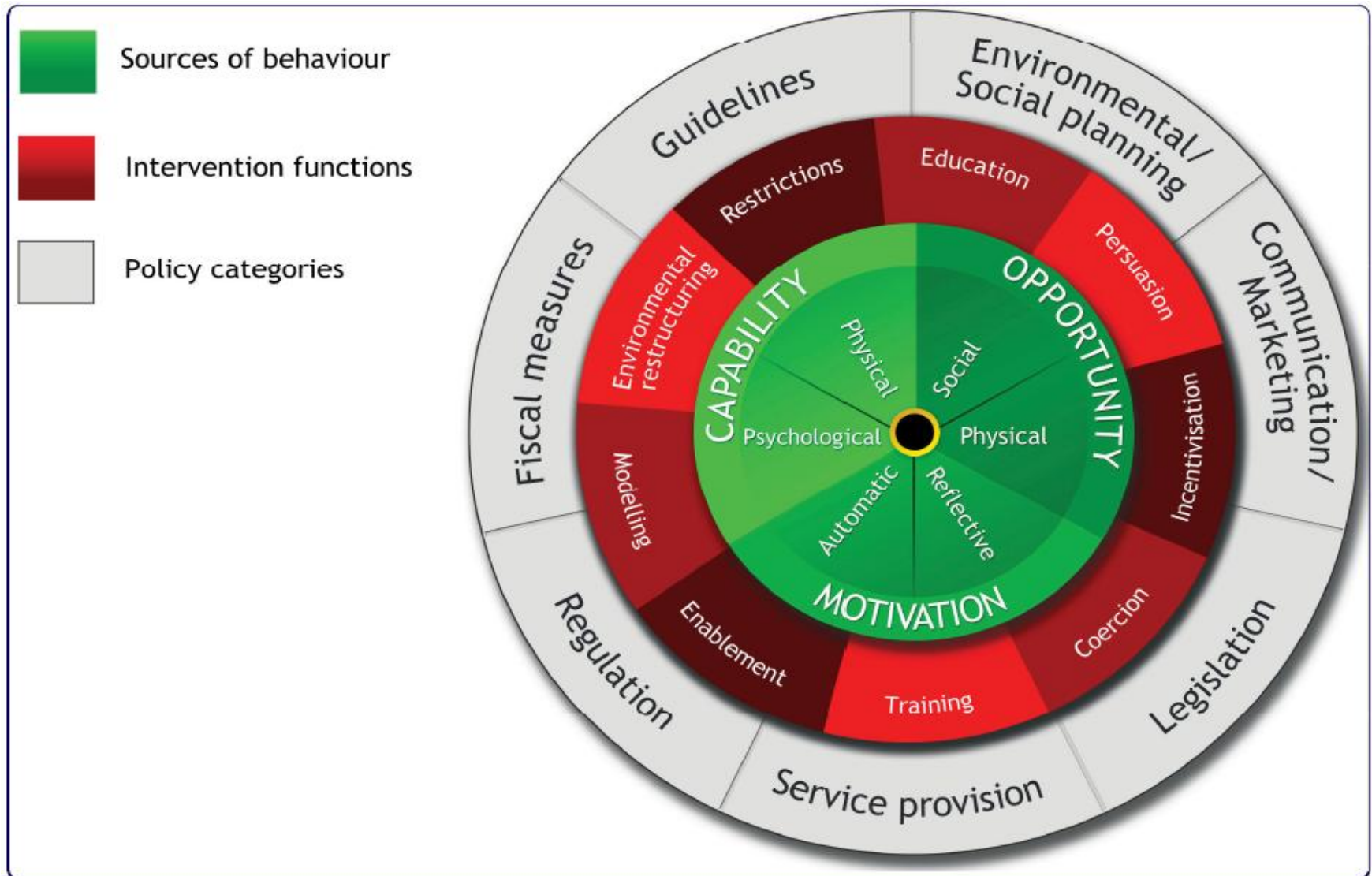
N= circa 25 (18%)

Siamo all'inizio



The behaviour change wheel

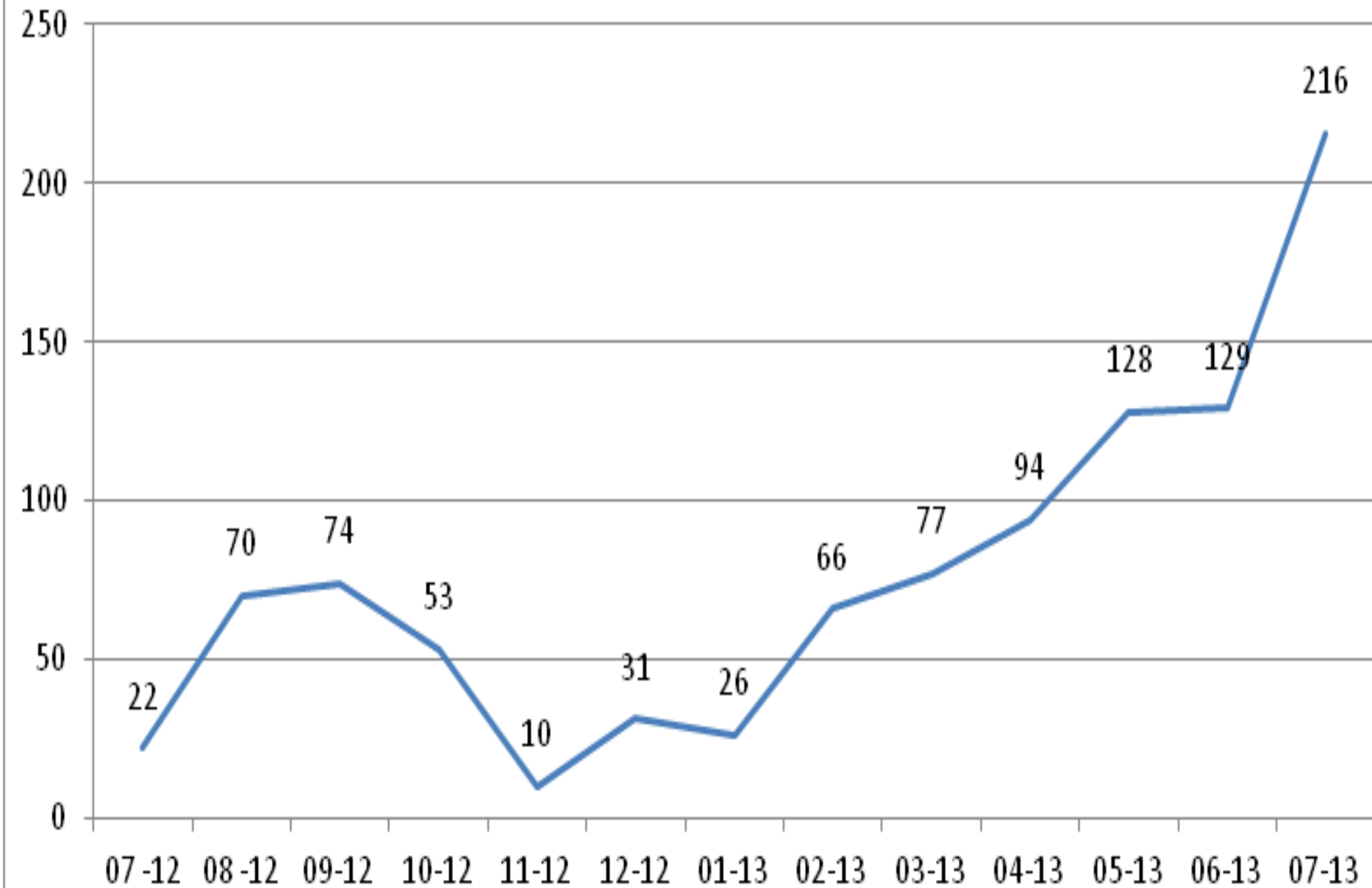
Susan Michie 2011



Dati raccolti

Cod. ASL	N. Schede Core-IN	N. Schede Core-IN (dal 01-04 al 31-07-2013)	N. Schede Core-OM	N. Schede Core-OM (dal 01-04 al 31-07-2013)	N. Schede Core-FN	N. Schede Core-FN (dal 01-04 al 31-07-2013)	N. Totale Schede Inserite	N. Totale Schede Inserite (dal 01-04 al 31-07-2013)
ASL 1 MC	214	11	326	13	50	3	590	27
ASL 2 LU	33	9	75	37	8	1	116	47
ASL 4 PO	2	2	40	21			42	23
ASL 5 PI	185	16	458	35	138		781	51
ASL 6 LI	252	101	693	303	125	62	1070	466
ASL 7 SI	6		3				9	
ASL 8 AR			1	1			1	1
ASL 9 GR	10	1	19	3	6		35	4
ASL 10 FI			10				10	
ASL 11 EM*			195	126			195	126
ASL 12 VI	46	28	139	27	12		197	55
Totale	748	168	1959	566	339	66	3046	800

Andamento N. Schede CORE-OM Inserite per Mese



Stadio di valutazione e punteggi medi per ASL

		CORE-OM: Stadio di valutazione							
Cod. ASL	N di Utenti	Pre- Trattamento (Stadio 1,2,3)		Durante terapia (Stadio 4)		Ultima seduta (Stadio 5)		Follow-up (Stadio 6,7)	
		N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
ASL 1 MC	216	227	18,64	64	13,58	20	10,53	15	11,32
ASL 2 LU	68	67	17,26	2	18,65	6	6,22		
ASL 4 PO	31	27	17,56	13	15,23				
ASL 5 PI	295	293	13,79	19	9,86	108	9,22	38	8,04
ASL 6 LI	454	446	15,69	58	11,45	119	8,76	63	8,17
ASL 7 SI	3	3	11,97						
ASL 8 AR	1	1	9,40						
ASL 9 GR	16	16	16,44	1	12,10	2	10,65		
ASL 10 FI	5	6	10,98			4	9,33		
ASL 11 EM	190	189	16,90	1	21,20	5	16,48		
ASL 12 VI	120	118	16,34	1	11,50	20	10,49		
Totale/Media	1399	1393	16,08	159	12,58	284	9,29	116	8,53

Numero utenti con un punteggio iniziale sotto il cut-off clinico per azienda

Cod. ASL	CORE-OM punteggio Pre-trattamento					
	<10		≥10		Totale	
	N	% casi riga	N	% casi riga	N	% casi riga
ASL 1 MC	17	7,49%	210	92,51%	227	100%
ASL 2 LU	8	11,94%	59	88,06%	67	100%
ASL 4 PO	4	14,81%	23	85,19%	27	100%
ASL 5 PI	81	27,65%	212	72,35%	293	100%
ASL 6 LI	96	21,52%	350	78,48%	446	100%
ASL 7 SI	2	66,67%	1	33,33%	3	100%
ASL 8 AR	1	100,00%			1	100%
ASL 9 GR	3	18,75%	13	81,25%	16	100%
ASL 10 FI	4	66,67%	2	33,33%	6	100%
ASL 11 EM	25	13,23%	164	86,77%	189	100%
ASL 12 VI	20	16,95%	98	83,05%	118	100%
Totale	261	18,74%	1132	81,26%	1393	100%

Valutazioni Pre-Post trattamento

Cod. ASL	N. Schede IN/FN	Punteggio Media IN	Punteggio Media FN	T-test	df	p	d di Cohen
ASL 1 MC	19	17,83	9,91	6,15	18	0,000	1,36
ASL 2 LU	6	17,55	6,22	6,15	5	0,030	2,08
ASL 5 PI	100	11,98	9,09	6,11	99	0,000	0,57
ASL 6 LI	114	14,77	8,85	11,15	113	0,000	1,04
ASL 9 GR	2	16,75	10,65	1,45	1	0,384	
ASL 10 FI	4	12,23	9,33	4,14	3	0,026	0,40
ASL 11 EM	5	19,54	16,48	2,29	4	0,084	
ASL 12 VI	17	15,31	11,04	1,85	16	0,082	
Totale	267	14,10	9,26	13,36	266	0,000	0,85

Cambiamento affidabile e cambiamento clinicamente significativo (Jacobsen & Truax, 1991)

Cod. ASL	N. Utenti con CORE-OM IN/FN	Core IN ≥10	% Core IN ≥10	RCC	% RCC	RCC negativo	CSC	% CSC
ASL 1 MC	19	18	94,74%	14	77,78%	0	10	55,56%
ASL 2 LU	6	5	83,33%	4	80,00%	0	4	80,00%
ASL 5 PI	100	65	65,00%	31	47,69%	4 (6%)	22	33,85%
ASL 6 LI	114	91	79,82%	64	70,33%	3(3%)	45	49,45%
ASL 9 GR	2	2	100,00%	1	50,00%	0	1	50,00%
ASL 10 FI	4	2	50,00%	0	0,00%	0	0	0,00%
ASL 11 EM	5	4	80,00%	1	25,00%	0	0	0,00%
ASL 12 VI	17	13	76,47%	8	61,54%	1 (8%)	6	46,15%
Totale	267	200	74,91%	123	61,50%	8 (4%)	88	44,00%

A bright yellow rectangular sticky note is pinned to a white background with a single red pushpin at the top center. The note is slightly tilted and has a soft shadow beneath it. The words "Thank you!" are written in a dark grey, cursive script on the lower right portion of the note.

Thank you!

Protocollo Adulti

Obiettivi

- La valutazione dell'esito (clinico e della soddisfazione del servizio) della psicoterapia nei pazienti che accedono al servizio pubblico.

Campione - Destinatari

- **Tutti gli psicoterapeuti** dei servizi, Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), Dipartimenti delle Dipendenze, Distretti, Presidi Ospedalieri, ecc. dell'Area vasta nord-ovest toscana.
- **I loro pazienti** – criteri di inclusione:
tutti i pazienti, maggiori di 18 anni, con buona conoscenza della lingua italiana, sufficiente alla comprensione e compilazione degli strumenti.

Strumenti

Il protocollo prevede l'utilizzo del:

1. Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM) per la misurazione degli esiti clinici.
 1. Scheda di autovalutazione - compilata dal Pz (4 Dimensioni: Benessere, problemi/sintomi, funzionamento, rischio)
 2. Scheda inizio terapia – compilata dal terapeuta
 3. Scheda fine terapia – compilata dal terapeuta
2. Questionario di Soddisfazione dei Servizi che erogano psicoterapia in Toscana (QSSPT) per misurare il grado di soddisfazione dei pazienti che hanno utilizzato i servizi di riferimento.

Modalità di somministrazione

1. CORE-OM

a) Sono previste tre somministrazioni del CORE-OM;

- 1) Al primo colloquio (prima, durante o dopo) con lo psicoterapeuta ($t=0$);
- 2) una somministrazione all'inizio della terapia (fine lista di attesa $t=1$); il $t=0$ può coincidere con il $T=1$.
- 3) alla fine della psicoterapia $t=f$ e comunque a 12 mesi.

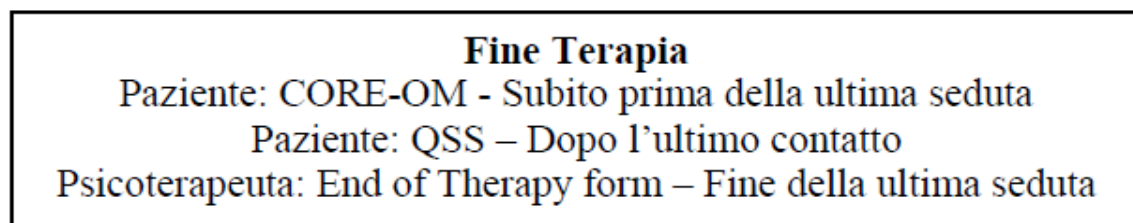
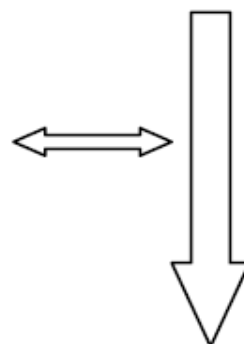
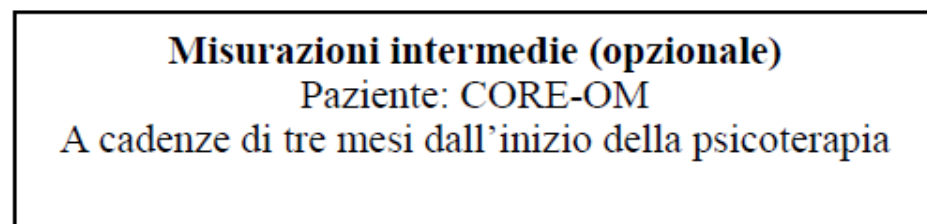
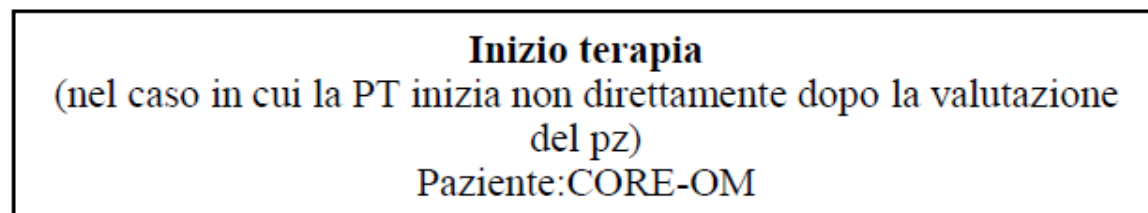
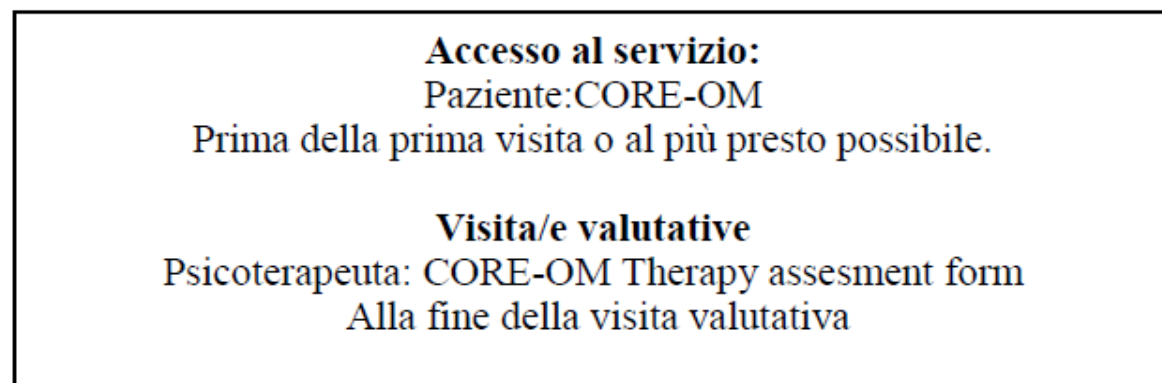
In ogni fase la somministrazione può anche essere effettuata da una terza persona, (infermiere, tirocinante o altro operatore sanitario).

Alla conclusione dell'intervento o alla fine dell'anno, entro l'ultima seduta, è prevista la somministrazione del CORE-OM .

b) Il Formulario pre-intervento (Therapy assesment form) è compilato dal terapeuta nella fase iniziale dell'intervento mentre il formulario post-intervento (End of therapy form) alla conclusione o interruzione (drop-out) dell'intervento, e comunque al raggiungimento del 12 mese dall'inizio della terapia.

2. QSSPT

- Il questionario QSSPT viene compilato dal paziente dopo l'ultimo contatto. Per evitare un bias (distorsione della desiderabilità sociale) il questionario compilato non dovrà essere riconsegnato agli operatori, ma depositato in un contenitore predisposto.



Modalità di raccolta dati

- I dati delle schede del CORE-OM vengono inseriti nel sistema informatico WEB
- I questionari relativi alla soddisfazione dovranno essere trasferiti al coordinatore del gruppo dell'area vasta per la loro elaborazione in forma cartacea per l'inserimento e l'elaborazione dei dati.

Consenso informato

- Come prevista dalla normativa vigente, insieme alla somministrazione degli strumenti, l'operatore dovrà provvedere alla raccolta del consenso informato, anche attraverso un apposito modulo che viene fornito.

Protocollo Infanzia-Adolescenza

Obiettivi

- La valutazione dell'esito dell'intervento clinico da parte degli utenti in età evolutiva che afferiscono ai servizi pubblici di salute mentale.
- Allo scopo di ottenere un quadro dell'assistenza ricevuta, ulteriore intento è quello di valutare nel campione esaminato, la soddisfazione del servizio offerto.

Campione - Destinatari

- Destinatari: gli utenti (minori, genitori e/o caregiver) che afferiscono ai servizi e relativi operatori (medici, psicologi) che lavorano nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dell'Area vasta nord-ovest toscana.
- Saranno presi in considerazione per l'indagine i minori della fascia di età compresa tra 9-18 anni e tutti i genitori e/o caregiver di bambini con età compresa tra i 4 e 18 anni.
- Rientrano nel campione gli utenti che accedono ai servizi assistenziali ed ai programmi di trattamento erogati dalla neuropsichiatria infantile, dalla psicologia clinica e dalla riabilitazione (psicomotoria e logopedia).

Criteri di esclusione:

- utenti (minori, genitori e/o caregiver) che afferiscono ai servizi per richieste dei tribunali, del servizio-sociale (minori a rischio, ecc) e consultoriale.
- i soggetti che non hanno una buona conoscenza della lingua italiana necessaria alla compilazione degli strumenti e i soggetti con deficit cognitivi gravi tali da inficiare l'autocompilazione dei questionari vengono esclusi solo dalla compilazione di tali strumenti ma non dallo studio.

Strumenti

- Il protocollo prevede l'utilizzo di 4 strumenti. Per la misurazione degli esiti clinici verranno utilizzati:
 1. -SDQ (Questionario sui Punti di Forza e Debolezza) ,
 2. -CGAS (scala di assessment globale per bambini)
 3. -HoNOS-CA (Health of the Nation Outcome Study for Child and Adolescents).
- Per la misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti e dei genitori che hanno usufruito dei servizi erogati e presi in considerazione (vedi Campione) verrà utilizzato:
 1. -l' ESQ (Experience of Service Questionnaire)

Accesso al servizio:? **T=0**

Paziente: SDQ (se maggiore di 11 anni)

Genitori:SDQ

Terapeuta:C-GAS / HoNOS-CA



Lista di attesa
(se c'è)

**Inizio intervento (fine lista di attesa dove c'è altrimenti coincide
con accesso al servizio)** **T=1**

Paziente: SDQ (se maggiore di 11 anni)

Genitori:SDQ

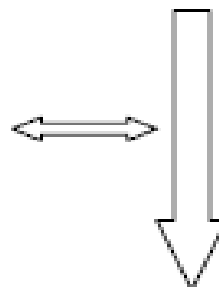
Terapeuta:C-GAS / HoNOS-CA

Misurazioni intermedie **T=6**

Paziente: SDQ (se maggiore di 11 anni)

Genitori:SDQ

Terapeuta:C-GAS / HoNOS-CA



Fine intervento **T=12 o T=n e**

**Dicembre 2011 (chi ha già usufruito di almeno 3 mesi di
trattamento)**

*Paziente: SDQ (se maggiore di 11 anni) e ESQ (se maggiore di 9
anni)*

Genitori:SDQ e ESQ

Terapeuta:C-GAS / HoNOS-CA

Modalità di raccolta dati

- I dati delle schede vengono inseriti nel sistema informatico WEB

Consenso informato

- Come prevista dalla normativa vigente, insieme alla somministrazione degli strumenti, l'operatore dovrà provvedere alla raccolta del consenso informato, anche attraverso un apposito modulo che viene fornito.