



STRUMENTI DI VALUTAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

Intervento educativo

- L'Educatore Professionale riceve il mandato da parte dell'équipe multidisciplinare
- Presa in carico
- **Fase di valutazione**



? QUANDO??

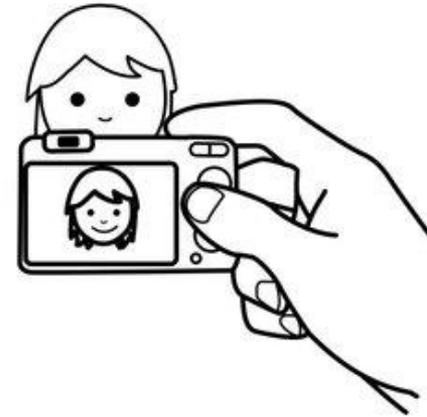
? COSA POSSO UTILIZZARE??

? PERCHÈ ??

Cosa significa valutare?

«Valutare non significa mai solo osservare, ma realizzare una fotografia di quello che succede durante un intervento»

(Margiotta U. 1989)



«Tutto ciò che è decidibile è valutabile. Intendo con ciò affermare che qualsiasi processo decisionale che miri intenzionalmente a produrre un effetto su soggetti terzi può essere sottoposto a valutazione»

(Palumbo , 2002)

EDUCAZIONE ?

VERIFICARE → VALUTARE

- VERIFICA = differenza tra un prima ed un dopo e rilevare se il cambiamento desiderato è avvenuto e in quali termini si manifesta. Quindi la verifica è la raccolta sistematica di dati attraverso strumenti appropriati, dove l'educatore si limita a raccogliere dati, a misurare dei fenomeni e a registrare dei comportamenti.

SEGUE



- VALUTAZIONE = l'interpretazione dei dati raccolti, è un giudizio espresso in base alle informazioni documentate.

La relazione con l'altro: il colloquio

RELAZIONE:

- Strumento cardine per l'E.P.
- Crea l' «AGGANCIAMENTO»
- Strumento trasversale

DOVE? → Colloquio educativo = incontro interpersonale, uno scambio comunicativo.

«Con il bambino dobbiamo cogliere “emotivamente” la strada che sta ‘scegliendo’, senza perder di vista una cornice teorica ed evolutiva. L’attenzione a cosa i bambini comunicano, a come usano le parole, a come usano gli oggetti, a come giocano sono elementi su cui riflettere durante il colloquio per capire i loro vissuti.»



INTERVISTA

strumento dotato di specificità, progressione e unità tematica. Si articola in una serie di domande poste verbalmente la cui consequenzialità varia in funzione delle risposte fornite dall'intervistato.

Grado di strutturazione:

- Intervista libera
- Intervista guidata o semi-strutturata
- Intervista strutturata

Esempio: Intervista semi-strutturata individuale

(tratta da Ian Fallon, *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*)

(adattare le domande se l'intervistato è il paziente. Accanto ai tondini neri [•] vi sono esempi di domande da fare all'intervistato)

Parte 1: informazioni di base

Famiglia _____

Nome del familiare intervistato _____

Grado di parentela con il paziente _____ Età _____

Stato civile _____ Titolo di studio _____

Condizione lavorativa:

•che lavoro fa?

•«ha fatto in passato un lavoro più qualificato o che le piaceva di più?»

Patologia fisica e sua terapia:

• «come sta fisicamente, ha qualche malattia?» (escludere però malattie passeggere come l'influenza),

«prende dei farmaci o da altre terapie?»

Problemi psichiatrici e la loro terapia:

• «soffre di nervi o di qualche altro disturbo psichico?», «ne ha sofferto in passato?», «che cure ha fatto?», «sta prendendo farmaci adesso?», «quali?»

Parte 2: conoscenza del disturbo e della sua terapia

•«sa di che cosa soffre...?», «che cos'altro sa?»

•«a cosa pensa sia dovuto?»

•«quando migliorano i disturbi di...?», «ci sono situazioni o comportamenti suoi o di altri, che sembrano diminuire i disturbi di...?»

•«al contrario, ci sono situazioni o comportamenti che sembrano far peggiorare i disturbi di...?»

•che cosa pensa che succederà in futuro dei disturbi di...?», «migliorerà o no?»

•«quali farmaci prende...?»

•«ogni quanto li prende?», «li prende regolarmente?»

•«che effetto hanno?», «sono utili?»

•«hanno degli effetti negativi, spiacevoli?»

Parte 3: domande sulle modalità di gestione e sul carico

•«quali sono le principali difficoltà che questa situazione le causa?»

•«quanto pesa sulla sua vita la presenza di...?»

•«di solito, cosa fa quando sta male?»

Parte 4: domande sulla qualità di vita dell'intervistato

•«che cosa fa per la maggior parte del tempo?»

•«che cosa fa nel tempo libero?»

•«con chi passa la maggior parte del tempo?»

•«che cosa vorrebbe fare di più se avesse più tempo?», «perché non può farlo?»

•«dove vorrebbe passare più tempo?», «perché non può farlo?»

•«sente il bisogno di stare più tempo da solo?»

•«ha una camera tutta sua?»

Rapporti con il partner

•«esce regolarmente con qualcuno?», «è soddisfatto della sua vita sentimentale?»

[se ha un compagno o un partner]

•«quali sono i suoi rapporti con suo marito/moglie o compagno/a?»

Indagare con molta discrezione anche sui rapporti sessuali, ad es:

•«ha notato dei cambiamenti nella sua vita sessuale?»

Amicizie – rapporti di fiducia:

•«ha abbastanza amici?», «vorrebbe averne di più o di nuovi?»

•«c'è qualcuno con cui può discutere dei suoi problemi?», «ogni volta che lo desidera?»

Difficoltà, avversioni:

•«quali posti, persone o attività non le piacciono o cerca di evitare?»

•«c'è qualche familiare che la preoccupa o con cui ha rapporti difficili?»

•«quanto tempo passa con lui?»

•«per quali suoi comportamenti prova più fastidio o preoccupazione?»

•«in che cosa vorrebbe che cambiasse?»

Parte 5: domande sugli obiettivi personali

•«se le difficoltà che ha adesso scomparissero o diminuissero, che cosa le piacerebbe fare nei prossimi tre – sei mesi?» (cercare di ottenere la definizione di uno-due obiettivi)

1. _____

2. _____

•«che cosa ha già fatto per ottenere (riuscire a)...?»

Primo obiettivo _____

Secondo obiettivo _____

•«quali ostacoli ha incontrato, o prevede di incontrare?»

Primo obiettivo _____

Secondo obiettivo _____

•«chi le ha dato o potrebbe darle una mano?»

Primo obiettivo _____

Secondo obiettivo _____

QUESTIONARIO

Le domande e le risposte sono poste in forma scritta.

È uno strumento che prende in considerazione variabili e risposte standard.
Economicità e comodità.

Tipologia di domande:

- Domande aperte
- Domande semi aperte
- Domande chiuse

Esempio: questionario di soddisfazione

(tratto da: Cooperativa comunità progetto, carta dei servizi in www.comunitaprogetto.org)

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE – fruitori minori di 18 anni

Data compilazione

Zona

Nome e cognome (facoltativo)

Servizio di riferimento

.....
(nota per la compilazione: per ciascuna domanda segnare un giudizio da [1]= per niente a [5]= moltissimo)

1-Ti sono piaciute le attività svolte con l'educatore?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

2-Sei soddisfatto del numero di incontri svolti con l'educatore?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

3-La comunicazione con l'educatore è facile e chiara?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

4-Trovi chiaro l'obiettivo delle attività svolte insieme all'educatore?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

5-Trovi che il lavoro con l'educatore sia stato utile?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

6-Quali suggerimenti puoi dare per migliorare il nostro lavoro?

.....

.....

.....

.....

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE – famiglie o tutori

Data compilazione

Zona

Nome e cognome (facoltativo)

Servizio di riferimento

(nota per la compilazione: per ciascuna domanda segnare un giudizio da [1]= per niente a [5]= moltissimo)

1-Si ritiene soddisfatto dei tempi di avvio dell'intervento educativo?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

2-Si ritiene soddisfatto delle modalità di decisione del calendario degli interventi?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

3-Si ritiene soddisfatto del numero di incontri previsti?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

4-Si ritiene soddisfatto della riservatezza degli operatori?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

5-La comunicazione con gli educatori e il coordinatore è facile e chiara?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

6-Si ritiene soddisfatto della disponibilità degli educatori e del coordinatore a rispondere alle vostre richieste di colloquio oltre a quelli predefiniti?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

7-Si ritiene soddisfatto delle informazioni ricevute sul servizio?

Commenti

Giudizio [1] [2] [3] [4] [5]

8-Quali suggerimenti può dare per migliorare e rendere più efficace il nostro lavoro?

.....

.....

.....

.....

L'osservazione

= porre attenzione al processo, piuttosto che al prodotto dell'azione educativa

Rischio della soggettività

Composta da più attori: setting, osservatore, osservato e strumento.

Strumenti per osservazione:

- Tecniche narrative
- Tecniche di osservazione sistemica



Tecniche narrative: esempi

Queste tecniche, definite anche “carta e penna”, hanno il vantaggio di fornire uno studio del contesto situazionale, ma pone dei limiti nell’osservatore, ovvero si possono perdere alcuni dati importanti, possono essere delle lunghe trascrizioni e richiedere più tempo per elaborazione e valutazione.



Diario di bordo	
Data:	Osservatore:
Contesto:	Presenti:
Descrizione della situazione:	
Ipotesi – riflessioni:	
Auto – osservazione:	

Verbale
Data:
Partecipanti:
Argomenti trattati (elenco sintetico degli argomenti trattati)
Osservazioni dell'équipe (registrazione delle criticità e della discussione dell'équipe)
Decisioni prese (decisioni condivise e accettate dal gruppo)
Tempi e modi (per la realizzazione degli interventi decisi)
Referenti (chi compie delle azioni e ne risponde al gruppo)
Comunicazioni (di carattere organizzativo)
Firma dei presenti

Test di valutazione standardizzati

I test di valutazione standardizzati possono essere definiti come un insieme di stimoli, o item, standardizzati per tipologia, durata, ordine, sequenza e istruzioni.

Alle risposte viene assegnato un punteggio che segue le linee guida o risposte prestabilite per valutare la prova. Viene quindi codificato in maniera standardizzata arrivando a valori standard assegnati dal manuale di riferimento del test utilizzato per il confronto con il campione normativo.

Maggiori distributori in Italia:

 **GIUNTIO.S.**
Organizzazioni Speciali

**Edizioni
Erickson**

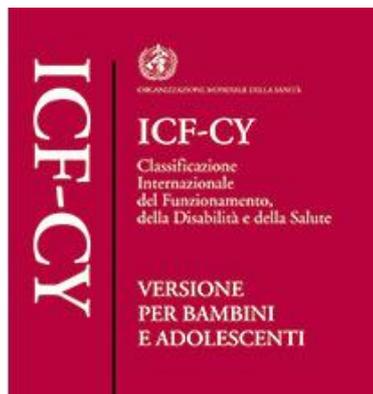
Anni '70 → OMS inizia a sviluppare uno schema preliminare riguardante le conseguenze delle malattie, integrato con la distinzione tra menomazione e sue conseguenze sociali e funzionali.

→ Nasce l'**ICIDH**, fino ad arrivare al 2001 con la versione attuale.



ICF

- Si basa sul modello bio-psico-sociale
- Ha lo scopo di creare un linguaggio standard e unificato del funzionamento e della disabilità
- Lettura positiva, nasce come «*modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati*»
- Può essere utilizzato da tutti gli operatori sanitari e sociali



ICF - CY

È una classificazione derivata dall' ICF, approvata dall'OMS nel 2007.

Una prima traduzione italiana è del 2007 relativa alla prima edizione OMS del 2007.

Scale Vineland

Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti

VINELAND

ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES

Revisione della Vineland Social Maturity Scale di Edgar A. Doll

INTERVISTA

Forma completa

QUESTIONARIO

Adattamento italiano a cura di
Giulia Balboni e Luigi Pedrabissi

Attenzione. Chi fotocopia i test commette un reato! Questo libretto è protetto dalle leggi vigenti, internazionali e italiane, sul diritto d'autore e quindi non è in alcun modo riproducibile senza l'espresa autorizzazione dell'Editore. I trasgressori possono incorrere nelle sanzioni civili e penali previste (leggi 633/41 e 43/2005).

SOGGETTO		INTERVISTATO	
Nome _____	Sesso _____	Nome _____	Sesso _____
giorno _____	mese _____	Relazione con il soggetto _____	
Data intervista _____	anno _____		
Data nascita _____			
Età cronologica _____		INTERVISTATORE	Sesso _____
Età usata come punto di partenza _____		Professione _____	
Classificazione <input type="checkbox"/> cronologica <input type="checkbox"/> mentale <input type="checkbox"/> sociale			

Motivi dell'intervista _____

Valutazione del funzionamento del soggetto da parte dell'intervistato _____

ISTRUZIONI GENERALI

In ogni subscala, iniziare lo scoring con il cluster scelto in relazione all'età del soggetto. Attribuire ad ogni item il punteggio di 2, 1, 0, N o NS, in accordo ai criteri di attribuzione del punteggio agli item nell'Appendice A del manuale. Registrare ogni punteggio nel questionario. Stabilire per ogni subscala una soglia base di due cluster consecutivi con tutti gli item di punteggio 2. Poi attribuire punteggio agli item in tutti i cluster che seguono la soglia base per la subscala (le somme più alte possibili dei cluster e i punteggi grezzi delle subscale sono stampate nell'angolo più alto a destra del box dei punteggi).

PRIMA DI INIZIARE L'INTERVISTA, LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI NEL MANUALE

GIUNTIO.S.
Organizzazioni Speciali

È un rating di scale che esamina la capacità di adattamento nelle varie situazioni della vita

È un'intervista semi-strutturata che viene somministrata a un genitore o un caregiver di soggetti in età compresa da 0 a 18 anni

Consente la preparazione di programmi individuali educativi e riabilitativi poiché individua punti di forza e di debolezza del soggetto

Strutturazione del test

Esistono 3 versioni del test
(completa conta 540 item)

Tutti gli item sono organizzati in
sequenza evolutiva

→ prima della somministrazione
determinare una stima dell'età
mentale e sociale.

4 ambiti di indagine:

- 1) Comunicazione funzionale
- 2) Abilità di vita quotidiana
- 3) Socializzazione
- 4) Abilità motorie

Gioco e tempo libero		Punteggio
Età 0-1		
A. Gioco con giocattoli		
1. Gioca con giocattoli od altri oggetti (da solo o con altri) _____		
2. Fa semplici giochi di interazione con altri _____		
3. Gioca con giocattoli o altri oggetti per almeno cinque minuti, senza romperli, smontarli o danneggiarli _____		
4. Usa oggetti di casa per giocare _____		
Totale	8	
Età 2-3		
B. Interesse verso l'ambiente		
1. Mostra interesse verso persone o oggetti nuovi _____		
2. Mostra interesse verso giochi familiari o altri oggetti _____		
3. Mostra interesse verso bambini o altre persone, diverse dai propri fratelli _____		
4. Esplora nuove situazioni _____		
5. Mostra interesse verso le attività degli altri _____		
Totale	10	
C. Gioco con altre persone		
1. Gioca con altri con minimo controllo da parte di adulti _____		
2. Chiede agli altri di giocare o va a casa d'altri per giocare _____		
3. Partecipa ad almeno un gioco o un'attività con altri _____		
Totale	6	
Età 4		
D. Attività immaginativa		
1. Usa oggetti per realizzare attività di tipo immaginativo _____		
2. Realizza da solo attività di tipo immaginativo _____		
3. Realizza con altri attività di tipo immaginativo _____		
4. Realizza da solo o con altri attività complesse di tipo immaginativo _____		
Totale	8	
E. Condivisione e cooperazione		
1. Condivide con altre persone giocattoli o altri oggetti personali se chi si occupa di lui glielo chiede _____		
2. Rispetta un semplice patto fatto con chi si occupa di lui _____		
3. Chiede il permesso di usare un oggetto o di giocare con un giocattolo mentre è utilizzato da un altro _____		
4. Condivide giocattoli o altri oggetti personali senza che gli venga detto di farlo _____		
Totale	8	

Come si somministra:

Strutturazione setting, accogliente e posizione di ascolto. L'intervistato viene incoraggiato a descrivere le varie attività. È importante fare attenzione a non leggere all'intervistato gli item.

Spiegare lo scopo del test e che non esistono risposte sbagliate.

Sono necessario dai 60 ai 90 minuti per la somministrazione.

Risposte possibili:

- **2:** "sì, di solito"
- **1:** "qualche volta o parzialmente"
- **0:** "no, mai"
- **N:** "assenza di opportunità"
- **NS:** "non so"

Risultati:

Dopo aver effettuato la siglatura e rilevato la linea di base, si calcolano i punteggi grezzi di ogni scala e si procede al calcolo dei punteggi standardizzati. Questi sono espressi in anni-mesi attraverso il confronto con la prestazione tipica di soggetti normodotati.

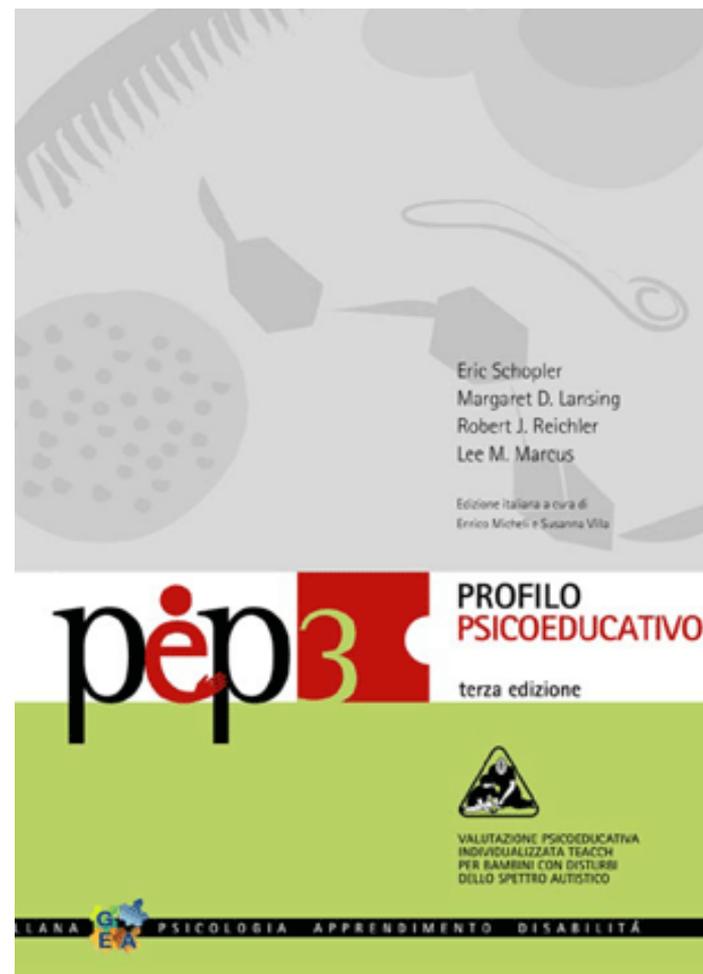
PEP-3 – Profilo Psico-Educativo

È un test valutativo adatto ai bambini che presentano disturbi pervasivi dello sviluppo. Fa parte dei materiali TEACCH per la valutazione e l'intervento psicoeducativo.

Lo scopo elaborare dei programmi educativi specifici e individualizzati (in particolare per la pianificazione dei PEI).

È adatto per bambini in età compresa tra i sei mesi e i sette anni. (sopra i 12 anni si utilizza la valutazione AAPEP, Adolescent and Adult Psychoeducational Profile)

Un quadro evolutivo permette di descrivere e di comprendere i profili di sviluppo differenti nelle varie funzioni, caratteristici di questi bambini.



Come si somministra:

Il valutatore osserva, valuta e simultaneamente registra le risposte del bambino dopo aver presentato l'attività.

Risposte:

- Riuscito (R)
- **Emergente (E)** → potenziale di apprendimento / zona di sviluppo prossimale (Vigotskij, 1987)
- Non Riuscito (NR)

L'esperienza ha dimostrato che se la difficoltà di un compito non è adattata al livello di un bambino, la frequenza dei comportamenti anomali aumenta.

Il Sistema ASEBA: Questionari Self Report e Report Form

Il sistema ASEBA nasce intorno agli anni sessanta con una procedura «**BOTTOM – UP**»:

comportanti/problemi → sintomi associati → disturbo

⇒ Strumenti di valutazione:

1. Questionari autodescrittivi → SELF REPORT
2. Questionari di valutazione → REPORT FORM

Sono dei questionari per la valutazione delle competenze, dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini e degli adolescenti.

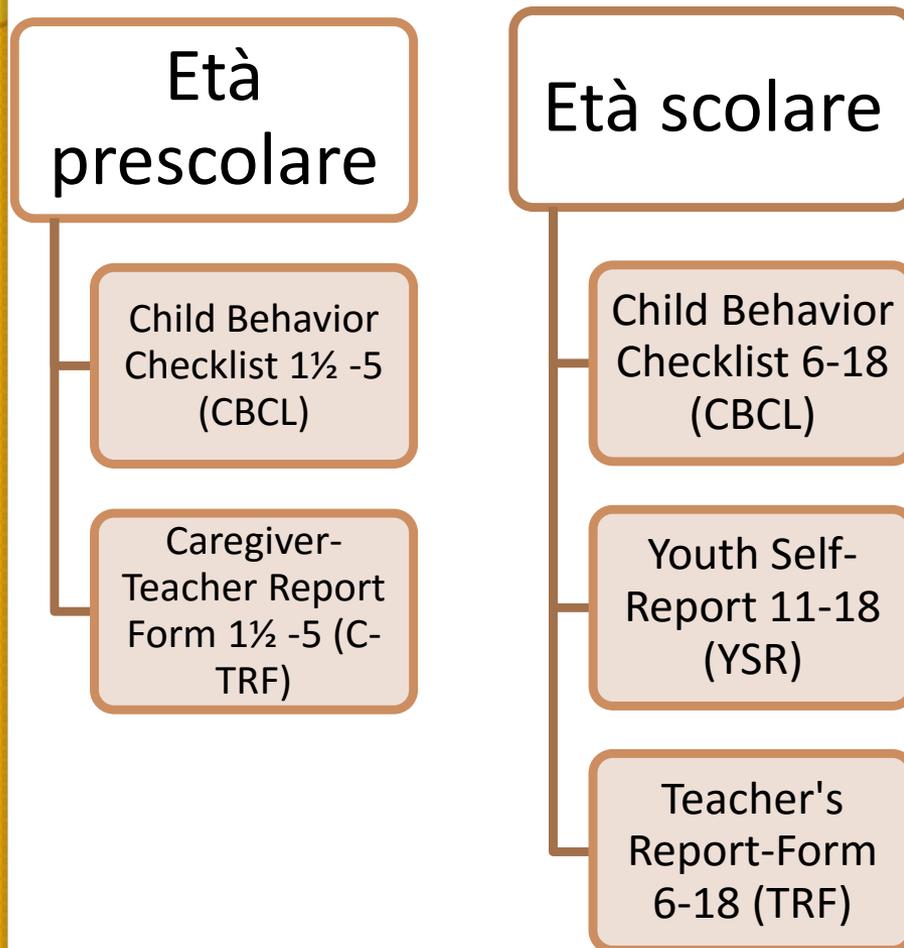


FACILITÀ: valutazione, somministrazione e interpretazione.

MONITORAGGIO e VALUTAZIONE EFFICACIA

Strutturazione del test

Osservazioni multiple



Questionario a domande chiuse e aperte.

Informazione quantificabile su presenza, frequenza e severità del comportamento problematico e dei sintomi in più contesti di vita.

Come si somministra:

201-IT

QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO - Anni 6 - 18

Child Behavior Checklist for Ages 6 - 18 di Thomas M. Achenbach - 2001

NOME DEL BAMBINO / RAGAZZO			Professione dei genitori , anche se attualmente non lavorano. <i>(Per favore specificare il tipo di professione - per esempio: meccanico, insegnante di scuola superiore, casalinga, operaio, tornitore, venditore di calzature, sergente dell'esercito).</i>
SESSO DEL BAMBINO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETA' DEL BAMBINO	GRUPPO ETNICO O RAZZA DEL BAMBINO	
DATA ODIERNA		DATA DI NASCITA DEL BAMBINO	PADRE: Professione _____ MADRE: Professione _____
CLASSE FREQUENTATA			QUESTO QUESTIONARIO E' STATO COMPILATO DA <small>(scrivere nome e cognome)</small>
Questo questionario deve riflettere la sua percezione del comportamento del bambino anche se altre persone potrebbero non condividere la sua opinione. Si senta libero di esprimere commenti aggiuntivi accanto ad ogni voce e nello spazio previsto a pag. 3. Si accerti di rispondere a tutte le domande.			il suo sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
NON FREQUENTA LA SCUOLA <input type="checkbox"/>			LA SUA RELAZIONE CON IL BAMBINO <input type="checkbox"/> GENITORE NATURALE <input type="checkbox"/> GENITORE ADOTTIVO <input type="checkbox"/> NONNO

I Si prega di elencare gli sport che il bambino ama maggiormente praticare
Per esempio: nuoto, calcio, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, pesca, ecc.

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo trascorre in ognuno degli sport elencati?

	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Non lo so	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	Non lo so
<input type="checkbox"/> NESSUNO								
a. _____	<input type="checkbox"/>							
b. _____	<input type="checkbox"/>							
c. _____	<input type="checkbox"/>							

II Si prega di elencare gli hobby, le attività o giochi preferiti dal bambino, oltre agli sport.
Per esempio: francobolli, bambole, libri, pianoforte, canto, arte, ecc. (Da non includere radio e TV)

Rispetto agli altri bambini della sua età quanto tempo dedica a ciascuna di queste attività?

	Meno degli altri	Come gli altri	Più degli altri	Non lo so	Peggio degli altri	Come gli altri	Meglio degli altri	Non lo so
<input type="checkbox"/> NESSUNO								
a. _____	<input type="checkbox"/>							
b. _____	<input type="checkbox"/>							
c. _____	<input type="checkbox"/>							

«Il disaccordo rimane comunque un dato informativo»

Il periodo di riferimento per la valutazione è relativo agli ultimi due mesi.

Risposte:

- **0:** se il comportamento esaminato non è proprio del bambino/adolescente;
- **1:** se il comportamento si verifica nel bambino/adolescente solo qualche volta;
- **2:** se il comportamento è tipico del bambino/adolescente.

Dai punteggi emersi e confrontati con i valori normativi, si ricavano due punteggi totali, uno per le competenze e uno per i problemi comportamentali ed emozionali, e due profili separati.

C-GAS - Children's Global Assessment Scale

SCALA DEL FUNZIONAMENTO GLOBALE: primo esempio → Health-Sickness Rating Scale (HSRS).
Anni settanta, viene modificata e rinominata GAS.

C-GAS: versione modificata e adattata per l'età evolutiva, fino ai 18 anni.

DD-CGAS: versione adattata per soggetti di età inferiore ai 18 anni con un disturbo pervasivo dello sviluppo (traiettorie dello sviluppo atipiche e deficit in aree specifiche del funzionamento).

Strutturazione del test e somministrazione

È un'intervista che prende in considerazione il funzionamento psicosociale e lavorativo.

Scala dimensionale a 100 punti
→ dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo (1).

Risultati:

- ≥ 71 probabilmente “non clinico”;
- ≥ 61 ma < 71 è “probabilmente clinico”;
- < 61 è “certamente clinico”.

La valutazione fa riferimento alla settimana precedente.

100 - 91	Funzionamento superiore. Sicuro in famiglia, a scuola, con i pari; difficoltà transitorie o preoccupazioni “di ogni giorno” (es, lieve ansia situazionale, occasionalmente arrabbiato con i fratelli/ sorelle, genitori o pari). Risultati superiori rispetto ai coetanei (es, grandi successi negli Scout). Per bambini in età scolare, buoni risultati accademici. Svolgimento indipendente, in relazione all'età, di attività quotidiane e cura della propria persona.
80 - 71	Lieve compromissione del funzionamento. La maggior parte delle attività della vita quotidiana sono adeguate all'età, ma può aver bisogno di prompt e strutturazione per portarle a termine. Cambiamenti minori nella routine quotidiana o nell'ambiente possono causare problemi comportamentali transitori o di stress. Le interazioni sociali possono essere unilaterali e concrete piuttosto che basate sull'intimità. Può apparire immaturo, ma non atipico. Linguaggio generalmente adeguato all'età, ma la conversazione può essere unidirezionale e/o centrata sui propri interessi.
70 - 61	Moderata compromissione del funzionamento in almeno un'area. Deficit sociali apparenti in molte situazioni. Apprende appropriate abilità sociali, ma inflessibilmente e senza capacità di generalizzare. Abilità adattive e/o di autoaccudimento immature nella maggior parte delle aree. Comportamento visibilmente inusuale in alcune situazioni (es., gruppi sociali, setting non strutturati) ma generalmente non distruttivo. Coopera nei training sulle abilità adattive.
60 - 51	Moderata compromissione del funzionamento nella maggior parte delle aree. Necessita di notevole strutturazione e supervisione per le routine quotidiane. Le abilità della vita quotidiana e/o adattive sono non adeguate per l'età, ma è recettivo ad apprendere nuove abilità. Comunica i bisogni, risponde a richieste di base (verbalmente o non verbalmente). Il linguaggio verbale, se presente, è poco flessibile ed in ritardo. I deficit sociali e/o i comportamenti inusuali sono presenti nella maggior parte dei contesti. Possono verificarsi comportamenti distruttivi occasionali.
60 - 41	Elevata compromissione del funzionamento in almeno alcune aree (es., frequenti comportamenti molto distruttivi a scuola) e un certo grado di compromissione nella maggior parte delle aree. Le aperture sociali e/o le risposte sono chiaramente assenti o inappropriate. Le abilità della vita quotidiana sono significativamente in ritardo (es., vestirsi, fare il bagno, mangiare). Presenta una certa ricettività ai tentativi di insegnamento. Comportamenti stereotipati e/o altri comportamenti inusuali persistenti possono essere notati da un osservatore occasionale. Aggressività o comportamento autolesivo occasionale, oppure aggressività/comportamento autolesivo frequente ma lieve (cioè senza danneggiamento dei tessuti).
40 - 31	Elevata compromissione del funzionamento nella maggior parte delle aree. Rudimentali abilità di comunicazione strumentale (non sociale). Comportamenti ripetitivi che interferiscono con il funzionamento adattivo. Marcato ritiro sociale nella maggior parte delle situazioni. Comportamento adattivo significativamente compromesso. Disregolazione emozionale generalizzata e significativa (es., aggressività, comportamento autolesivo) e/o disregolazione funzionale (es., sonno, alimentazione).
20 - 11	Profonda e generalizzata compromissione. Pone in pericolo se stesso o gli altri. Ha bisogno di costante supervisione o di estensivi adattamenti dell'ambiente per evitare che faccia del male a se o agli altri (es., frequentemente violento o autoaggressivo) o per le assistenze di base (es., cibarsi, andare al bagno). Non comunica i bisogni di base. Non interagisce con gli altri. Si oppone all'aiuto nella cura di sé (es., farsi vestire).
10 - 0	Ha bisogno di supervisione intensiva e costante (es., supporto continuativo al di fuori del proprio ambiente domestico) dovuto a comportamento severamente aggressivo o autolesivo o totale dipendenza nelle abilità di autoaiuto di base. Forte resistenza verso chi fornisce aiuto (es., farsi vestire).

DD – CGAS: struttura e somministrazione

Scala dimensionale (100 – 1)

Aree di indagine:

- Funzionamento globale dei principali domini adattivi:
 - Cura della propria persona: mangiare, vestirsi, dormire
 - Comunicazione
 - Comportamento sociale
 - Performance accademiche e ambiente
- Coerenza o incoerenza del funzionamento tra i vari ambienti:
 - Livello di adattamento dell'ambiente necessario
 - Livello di supervisione necessaria

L'esaminatore determina prima il livello di alterazione per ogni dominio, prendendo in considerazione il comportamento del bambino, la stabilità tra i vari ambienti, il livello di adattamento ambientale necessario per sostenerlo e il livello di supporto richiesto.

		Livello di compromissione				
		Nessuno	Lieve	Moderato	Severo	Estremo
Dominio	Cura della propria persona					
	Comunicazione					
	Comportamento sociale					
	Scuola/accademia					

RUOLO della FAMIGLIA

Parte integrante di tutto il percorso

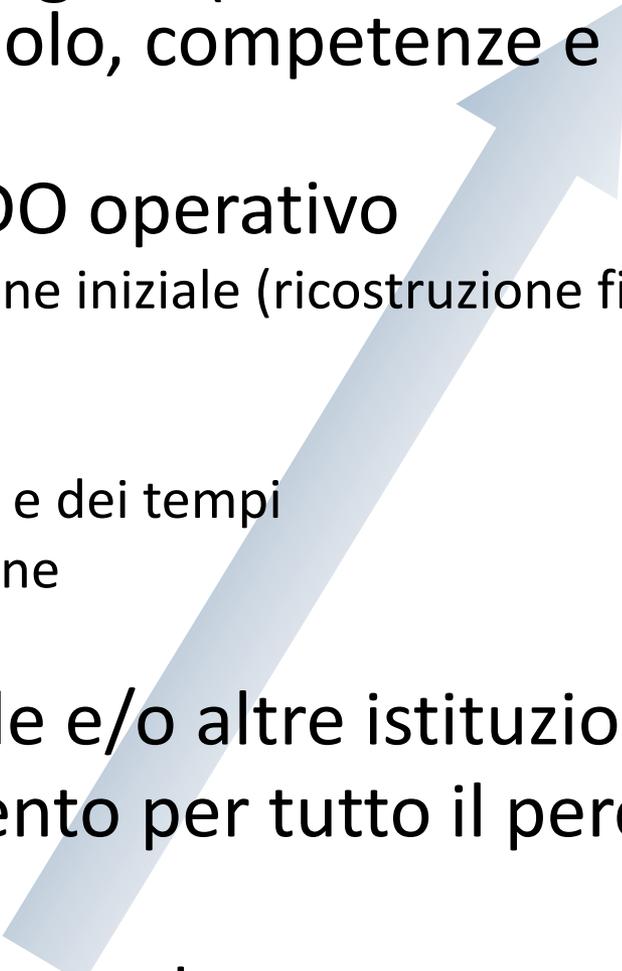
- Aggancio, accordo → ruolo, consapevolezza
- Limite / risorsa
- Sottoposta al processo di valutazione





PROPOSTA OPERATIVA

Concetti fondamentali e fasi progetto

- Équipe: NPI, altre figure (conoscenza e riconoscimento ruolo, competenze e strumenti)
 - Progetto = METODO operativo
 - Analisi della situazione iniziale (ricostruzione filo adattivo)
 - Limiti e risorse
 - Fase di valutazione
 - Definizione obiettivi e dei tempi
 - Verifiche e valutazione
 - Rete sociale: scuole e/o altre istituzioni
 - Famiglia: fondamento per tutto il percorso
 - Relazione: trasversale
- 

FASI DI ASSESSMENT: valutazione iniziale

Obiettivi	Famiglia	Minore	Scuola / rete sociale
<ul style="list-style-type: none"> •Analisi della situazione iniziale •Verifica degli obiettivi indicati dall'équipe •Creare relazione di fiducia, aggancio con la famiglia e il minore •Presenza in carico •Valutazione globale 	<ul style="list-style-type: none"> •Colloquio conoscitivo •Osservazione documentaria •Intervista strutturata e/o libera •Questionari report form •Test standardizzati per la valutazione delle competenze 	<ul style="list-style-type: none"> •Colloquio •Annotazioni e diario •Griglie osservazione •Osservazione partecipe e strutturata •Questionario self report •Test di valutazione standardizzati 	<ul style="list-style-type: none"> •Colloquio •Annotazioni e diario •Griglie osservazione •Osservazione partecipe e strutturata •Questionario report form •Test di valutazione standardizzati

FASE DI TRATTAMENTO

Obiettivi	Famiglia	Minore	Scuola / rete sociale
<ul style="list-style-type: none">•Perseguire gli obiettivi del progetto nei tempi previsti•Monitorare sviluppo•Supporto alla famiglia•Creazione di una rete	<ul style="list-style-type: none">•Colloquio di sostegno al progetto•Annotazioni e diario•Verbale	<ul style="list-style-type: none">•Auto osservazione•Osservazione partecipante•Griglia osservazione per la pianificazione delle attività•Annotazioni e diario	<ul style="list-style-type: none">•Colloquio di sostegno al progetto•Osservazione libera, non strutturata

FLESSIBILITÀ

FASE FINALE

Obiettivi	Famiglia	Minore	Scuola / rete sociale
<ul style="list-style-type: none">•Mantenere relazione con la famiglia•Rivalutare funzionamento globale•Condivisione in équipe dei risultati•Valutare la soddisfazione dell'intervento	<ul style="list-style-type: none">•Colloquio famiglia, intervista strutturata•Questionari•Test di valutazione standardizzati•Colloquio di restituzione•Questionari di gradimento	<ul style="list-style-type: none">•Questionari self report•Test di valutazione standardizzati•Questionario di gradimento	<ul style="list-style-type: none">•Colloquio di restituzione•Questionario report form

VALUTAZIONE GRADIMENTO

FASE DI FOLLOW UP

Obiettivi	Famiglia	Minore	Scuola / rete sociale
<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio sul lungo tempo l'evoluzione del dst / patologia• Monitorare l'efficacia del trattamento e gli obiettivi raggiunti• Monitorare la famiglia• Mantenere relazione con la famiglia	<ul style="list-style-type: none">• Test di valutazione standardizzati• Questionari report form• Colloquio con intervista libera	<ul style="list-style-type: none">• Questionari self report• Test di valutazione standardizzati	<ul style="list-style-type: none">• Questionario report form

Medicina dell'evidenza: perché?

Medicina basata su prove di efficacia o Evidence-based medicine (EBM) → approccio alla pratica clinica dove le *decisioni risultano dall'integrazione tra l'esperienza e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili.*

ITALIA:

- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e del 2003-2005,
 - DL 229/99 (Legge Bindi) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA),
- ⇒ hanno affidato all'EBHC (l'estensione dei principi metodologici dell'EBM) un ruolo fondamentale nella programmazione della politica sanitaria.

→ Applicazione disordinata e frammentaria

Fasi della medicina dell'evidenza

PROCEDURA:

1. Formulare chiaramente un problema clinico a partire dal problema presentato dal paziente.
2. Ricercare ed identificare le migliori evidenze esterne relative al problema in questione.
3. Valutare criticamente queste evidenze in termini di validità (vicinanza alla verità) e utilità (applicabilità).
4. Mettere in atto, nella pratica clinica, i risultati emersi.

Può essere utilizzata dalle diverse figure professionali che s'integrano nei **servizi socio-sanitari**. => E.P.!!!

È un esercizio di pratica clinica standardizzata che dà la possibilità di "quantificare" la gravità della patologia e quindi il grado di "salute raggiunta". → RAZIONALIZZAZIONE INTERVENTI

- Achenbach T. M., CBCL. *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST*, Versione italiana a cura di Al. Frigerio, Monza, Editore: IRCS.
- Aieji, Scarpa P., Testi M., *Le competenze professionali dell'educatore sociale. Piattaforma concettuale. (Versione in lingua italiana)*, in www.aieji.net
- Anep, *Il codice deontologico e le norme sanzionatorie*, 2010 in www.anep.it
- Balboni G., *Capacità discriminativa delle Scale Vineland: profili di soggetti in età evolutiva con ritardo mentale*, Psicologia clinica dello sviluppo, 2003.
- Baldaro B., Baldoni F., Ravasini C. *Il colloquio clinico*. In G. Trombini (A cura di). *Introduzione alla clinica psicologica*. Bologna: Zanichelli, 1998
- Bricolo F., Serpelloni G., Bertani M. E., Cruciani M., *"Evidence based public health (EBPH)": la pratica socio-sanitaria fondata sulle evidenze*, in www-dronet.org
- Camerini G. B., Sabatello U., Sartori G., Sergio G., *La valutazione del danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza*, Livorno, Editore: Giuffrè Editore, 2011.
- Cerri R., *Valutare i progetti educativi: percorso di riflessione verso una mentalità valutativo-progettuale*, Milano, Editore: FrancoAngeli, 2004. 102
- Cianchetti C., Fedrizzi E., Riva D., Pfanner P. (A cura di) *Strumenti di valutazione clinica in neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Milano, Editore: FrancoAngeli, 2013.
- Di Natale M. L., Simonetti C., Labriola A. G., *Modelli e progetti educativi in pedagogia*. Roma, Editore: EDUCatt Università Cattolica, 2015.
- Dzingalasevic G., *Approccio evolutivo della valutazione*, in "Test per la diagnosi precoce" in <http://autismo.inews.it>
- Ferraresi F., *Un nuovo strumento per analizzare i molteplici aspetti della disabilità: la classificazione ICF*, Educare.it, 2005.5.4 , in ww.educare.it
- Fondazione GIMBE, in www.gimbe.org
- Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, in www.giuntios.it
- Lucarelli L., Piperno F., Balbo M., *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*, Milano, Editore: Edizioni Libreria Cortina Milano, 2008.
- Maida S., Molteni L., Nuzzo A., *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*, Roma, Editore: Carocci Faber, 2013.
- Maida S., Nuzzo A., Reati A., *Il colloquio nella pratica educativa*, Roma, Editore: Carocci Faber, 2006.
- Martinetti M. G., Stefanini M. C., *Approccio evolutivo alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Firenze, Editore: Seid Editori, 2012
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF versione breve. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Editore: Edizioni Centro Studi Erickson, 2004.
- Palumbo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*. Milano, Editore: FrancoAngeli, 2002.
- Pegaso Università Telematica, Giuseppe Ferraiolo, *La medicina basata sulle prove di evidenza*, in www.unipegaso.it
- Schopler E., Lansing M. D., Reichler R. J., Marcus L. M., *PEP-3, Psychoeducational Profile - Third Edition*, Firenze, Editore: Giunti O.S., 2005.
- Servizio Sanitario della Toscana, a cura di Commissione regionale per la formazione sanitaria, *Le competenze delle professioni sanitarie (vol. 2)*. In <http://www.regione.toscana.it>
- Shaffer D., Gould M. S., Brasic J., Ambrosini P., Fisher P., Bird H., Aluwahlia S., *A children's global assessment scale (CGAS)*, Archives of General Psychiatry 40:1228 –1231 in www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Sparrow S. S., Balla D. A., Cicchetti D. V., *Vineland Adaptive Behavior Scales. Intervista - Forma completa*, Firenze, Editore: Giunti O.S., 2003.
- Wagner A., Lecavalier L., Arnold L. E., Aman M. G., Scahill L., Stigler K.A., Johnson C. R., McDougle C. J., Vitiello B., *Developmental Disabilities Modification of Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS)*. Biological Psychiatry , 2007, 61, 504-511.