



IX Congresso Nazionale AIPP

**Mind the gap: l'intervento precoce
tra continuità evolutiva, discontinuità
diagnostiche e multiculturalità.**

Bari, 27-28-29 Settembre 2023
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

L'utilizzo del Dossier Formativo quale supporto organizzativo di un Percorso Diagnostico Terapeutico-Assistenziale (PDTA) dedicato agli esordi delle gravità psicopatologiche

Ornella Bettinardi¹, Anna Meneghelli², Federica Gobbi¹, Giuliano Limonta³, Massimo Rossetti⁴

¹ Unità Operativa di Emergenza Urgenza – Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSMDP) AUSL di Piacenza

² Cambiare la Rotta, Milano

³AUSL di Piacenza

⁴Direzione DSMDP AUSL di Piacenza

DISCLOSURE INFORMATION

Ornella Bettinardi

Dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Premessa

La promozione di un intervento precoce in giovani all'esordio di gravi psicopatologie, può prevenire il progressivo peggioramento della patologia

Tutte le persone affette da disturbi psichici

**Dovrebbero ricevere risposte terapeutiche che si sono dimostrate efficaci,
e che dovrebbero appartenere al patrimonio comune
di tutti i professionisti della salute mentale**



**per garantire interventi efficaci, efficienti,
di facile accessibilità e tempestività e dall'evidence based.**

1. I percorsi di cura come strumenti di gestione clinica

I percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) costituiscono, insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

I percorsi di cura sono costituiti da singoli processi assistenziali, che possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale

Tipicamente i percorsi di cura sono sviluppati per diagnosi frequenti, costose e connesse ad alti rischi per la salute del paziente; essi sono finalizzati ad un migliore uso delle risorse, a migliorare la qualità della cura e a ridurre il ritardo nell'erogazione di trattamenti efficaci. I principi chiave sono la centralità del paziente, l'integrazione multi professionale, la pratica basata sull'EBM ed il miglioramento continuo della qualità. Infine attraverso il percorso di cura otteniamo la contestualizzazione delle raccomandazioni delle linee Guida, relative ad una patologia o problematica clinica, all'interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali.



Visione

Un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata, promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la *recovery*, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.

Principi trasversali

Copertura sanitaria universale

Indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbo mentale dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di ottenere la *recovery* e raggiungere la migliore condizione di salute possibile.

Diritti umani

Le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione della salute mentale devono basarsi sulla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.

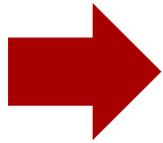
Interventi basati su evidenze

Le strategie e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle pratiche migliori, tenendo conto delle considerazioni culturali.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER GLI ESORDI DELLE GRAVITA' PSICOPATOLOGICHE STAND UP	Codice Versione 2 Del 03.04.2019 Pag. 1/28
--	--	--

Riepilogo delle revisioni:

versione	data	Motivo della revisione
1	14.01.2014	Prima emissione PDTA aziendale validato
2	03.04.2019	Ampliamento Criteri di Inclusione PDTA e relativa modifica del titolo



Individuazione Equipe dedicate

**Trattamento
Medico
Psichiatrico**

- › Farmacologico
- › Indagini strumentali
- › TSO
- › ASO
- › Ricovero

**Psicologico
Strutturato**

- › Psicodiagnostica
- › Interventi psicologici manualizzati

Assistenziale

- › Abilitativo (IPS)
- › Riabilitativo
- › Sociale-Sanitario
- › Monitoraggio e promozione salute fisica (*Gruppo Benessere, Case della Salute*)

**A supporto del PDTA STAND UP
rivolto agli esordi psicotici, si è attuato
un progetto formativo iniziato nel 2012**



**strutturato in moduli teorici e laboratori esperenziali
con una supervisione longitudinale continua e ancora attiva**



**a garanzia dell'aderenza al modello degli interventi clinici,
del rigore metodologico, della motivazione
e *self-efficacy* degli operatori.**



Formazione CBT STAND UP: 2013-2014

Trainers DSMDP AUSL di Piacenza:

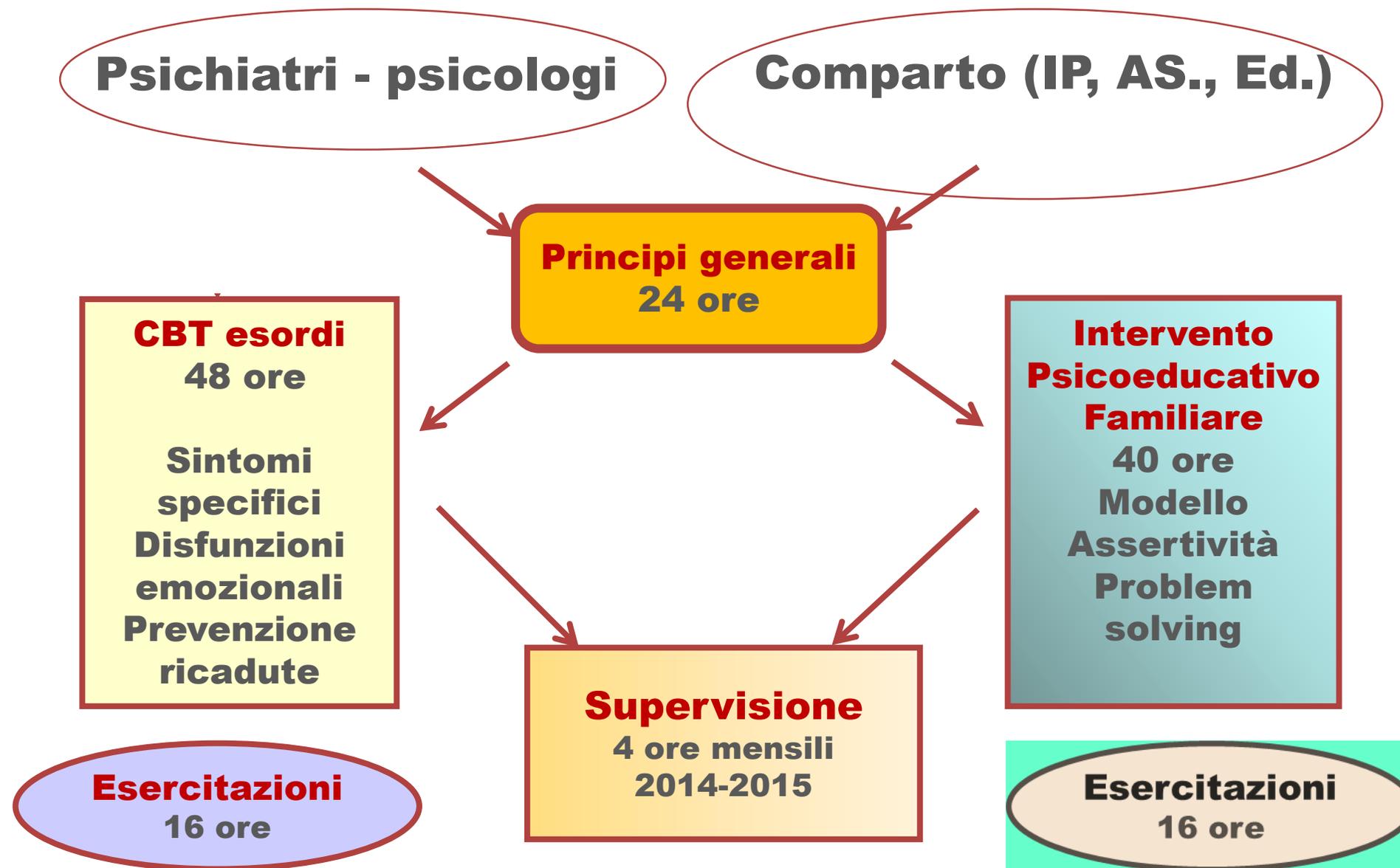
- Angelo Cocchi
- Anna Meneghelli

- Giovanni Patelli
- Laura Bislenghi
- Andrea Alpi



Programma 2000 Milano

Formazione CBT STAND UP: 2013-2014



Verifiche delle conoscenze

❖ **Esami separati CBT e psicoeducazione**

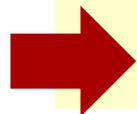
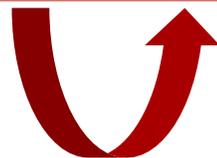
❖ **Commissioni di esperti esterni al DSM**

**Prova
scritta**

- **60 domande a scelta
multipla**

**Prova
orale**

- **Concettualizzazione di un
caso secondo il modello
CBT**



1. Faculty ha supportato il funzionamento

2. e il processo verifica di efficacia della formazione svolta



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DSMDP

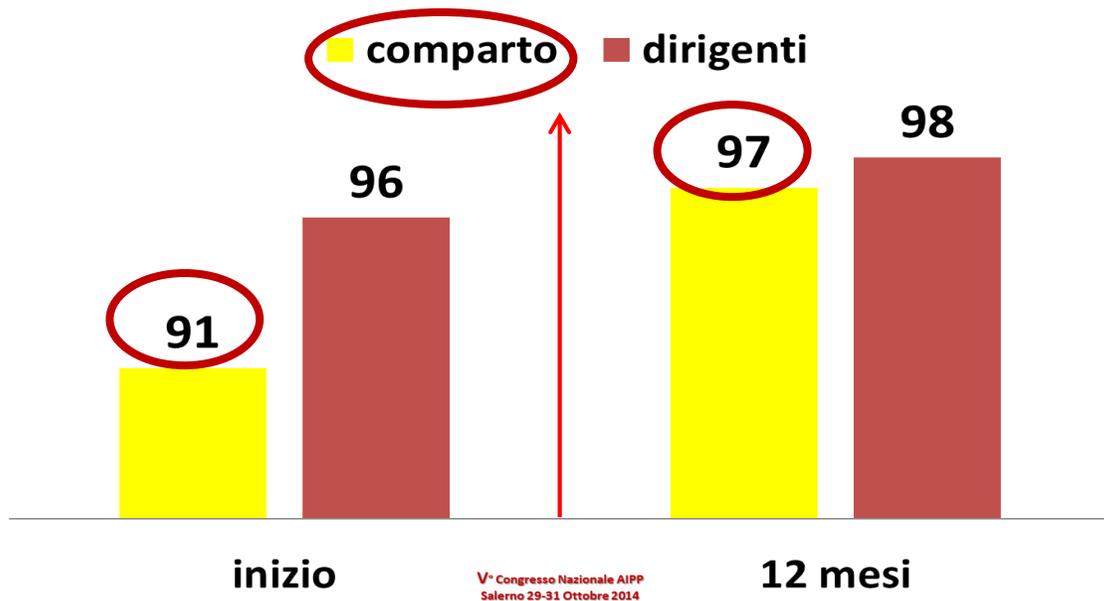


**L'acquisizione di conoscenze ed
abilità
non implica l'acquisizione
del senso di autoefficacia
(Albert Bandura)**

Risultati

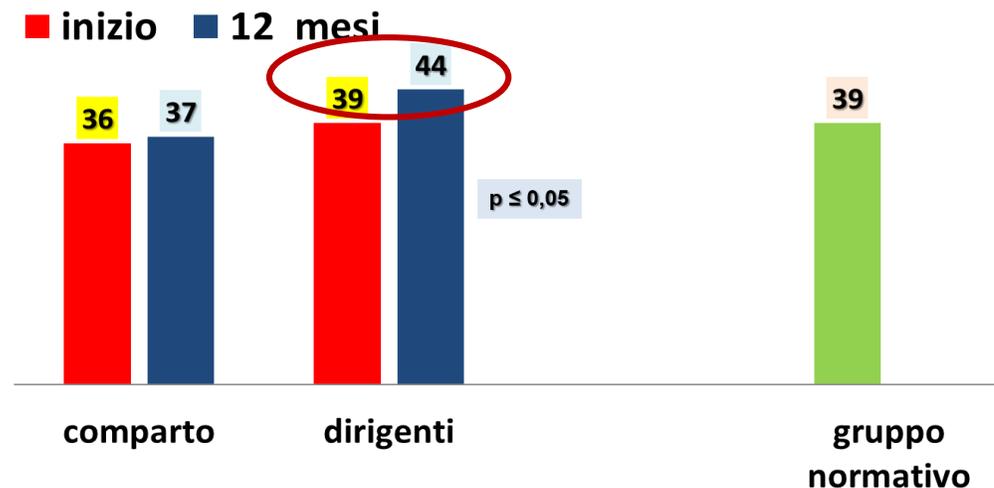
Autoefficacia nella gestione delle criticità

$p \leq 0,03$

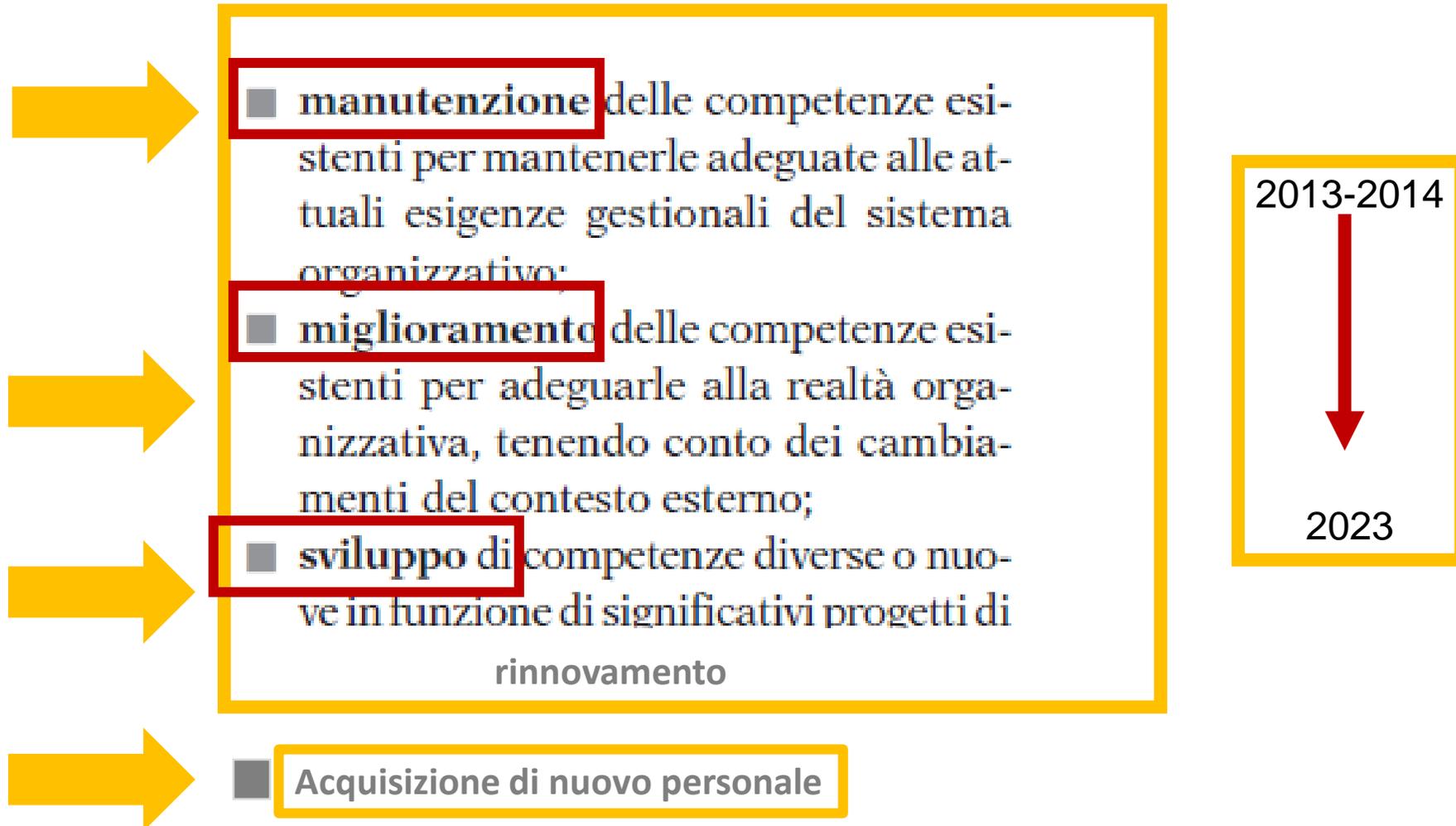


Risultati

Cambiamento autoefficacia psicoterapia e psicoeducazione (SAS-P)



***L'acquisizione di conoscenze
non implica l'acquisizione
del senso di autoefficacia
(Albert Bandura)***



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PAZIENTE con ESORDIO PSICOTICO</p>	Codice	
		Versione	01
		del	13/01/2014



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PAZIENTE con ESORDIO PSICOPATOLOGICO GRAVE</p>	Codice	
		Versione	02
		del	GIUGNO 2019

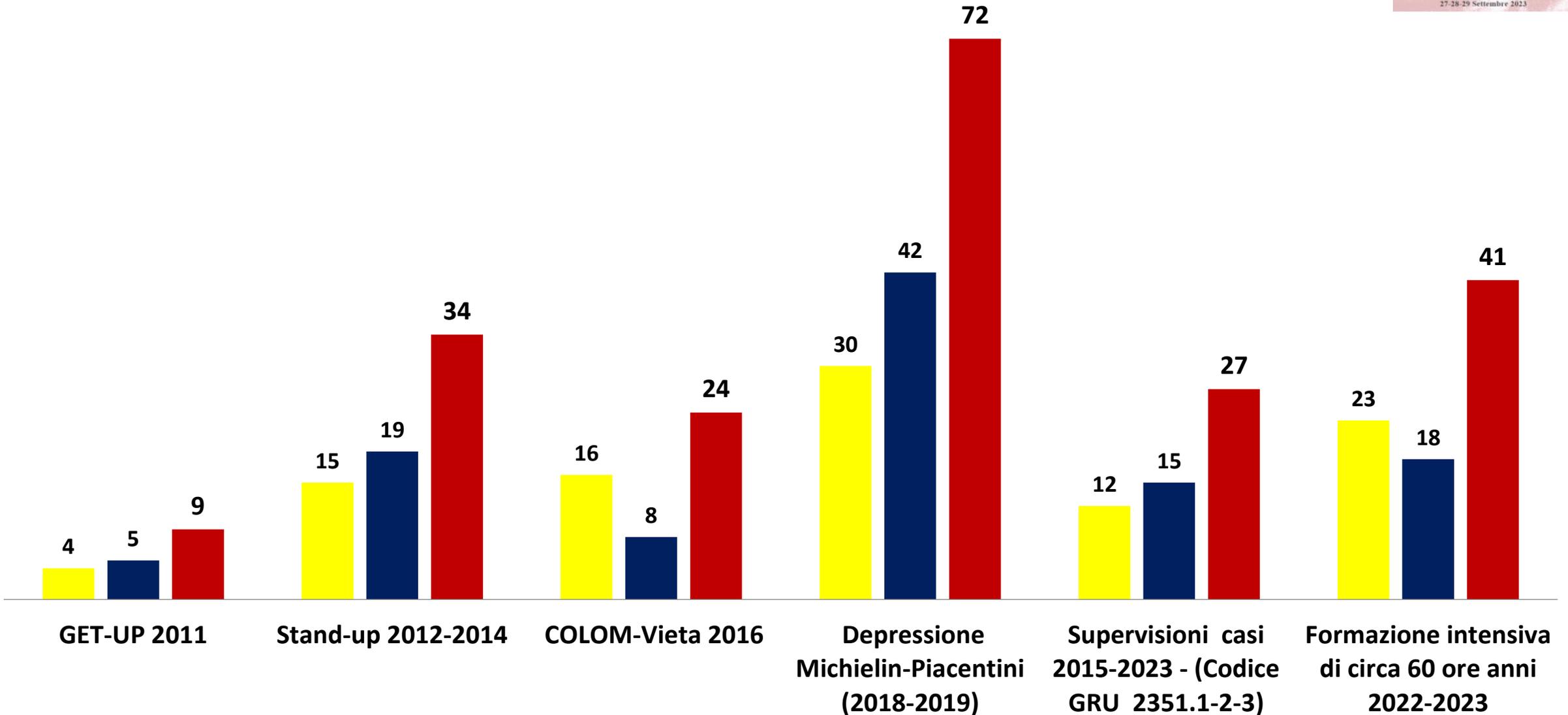
DIFFERENZIAZIONE DEL PDTA SULLA BASE DELLA SPECIFICITÀ DIAGNOSTICA



Formazione PDTA STAND-UP



■ COMPARTO ■ DIRIGENTE ■ Totale complessivo



MANUTENZIONE COMPETENZE

FORMAZIONE SUPERVISIONE DI CASI CLINICI CON ESPERTI DAL 2014

(ALMENO 5 SUPERVISIONI ALL'ANNO)

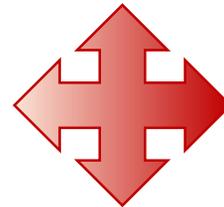
NEI TRE CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI
CON I FORMATORI PROGRAMMA 2000



DISPOSITIVI ESSENZIALI DI UN PDTA COME PERCORSO MULTIPROFESSIONALE E TRASVERSALE A PIU' UNITA' OPERATIVE

1. GRUPPO OPERATIVO DIPARTIMENTALE DI PDTA

**COSTITUITO DAI PROFESSIONISTI
DELLE DIVERSE UNITÀ OPERATIVE
PRESTATI PART TIME AL
PERCORSO**



2. FACULTY

**GRUPPO RISTRETTO DI
PROFESSIONISTI PER GARANTIRE
LA CLINICAL COMPETENCE, LA
FORMAZIONE, L'AGGIORNAMENTO E
I PROCESSI DI VALUTAZIONE**

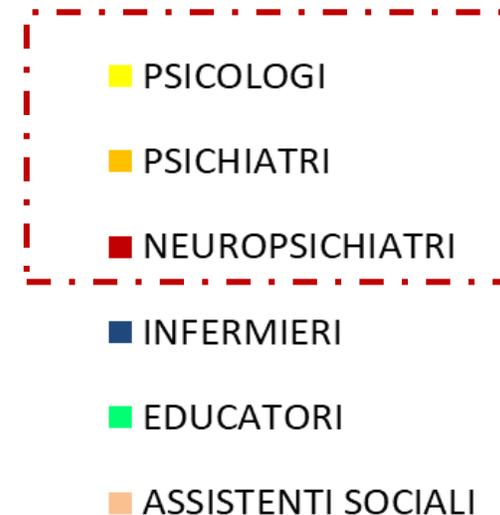
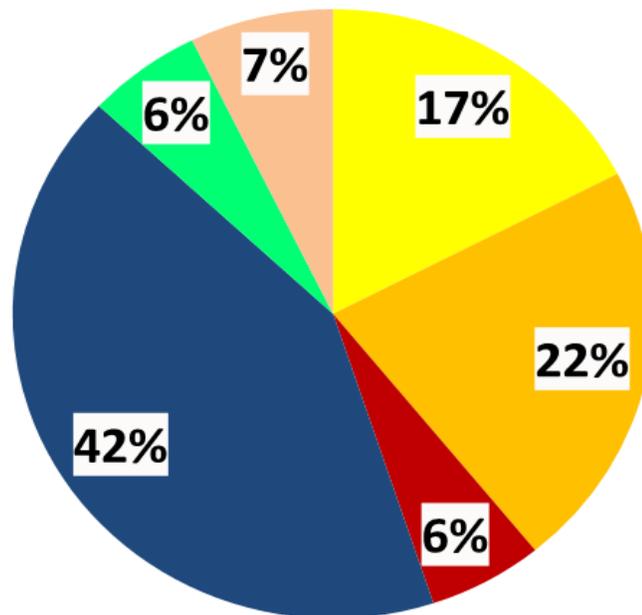
3. SUPERVISIONE DI CASI CLINICI

- **ORDINARIA** (almeno 6 volte all'anno)
- **INTERVISIONE O CON ESPERTI ESTERNI**

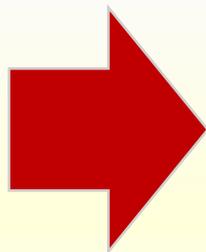
- ➔ **1. Supporta il funzionamento e la verifica di efficacia dei percorsi formativi dedicati al PDTA**
- ➔ **2. Supporta motivazione, competence e self-efficacy**
- ➔ **3. Monitora l'aderenza al modello degli interventi previsti nel PDTA e l'andamento degli esiti (effectiveness)**
- ➔ **4. Aggiorna il Dossier Formativo di ciascun PDTA**
- ➔ **5. Supporta l'indagine dei bisogni formativi inerente il PDTA**

Professioni operatori coinvolti nel PDTA

COMPOSIZIONE OPERATORI PDTA STAND-UP



46%



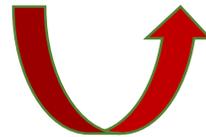
**Si è proceduto all'implementazione
di un Dossier Formativo
Con tutti gli operatore coinvolti nel PDTA**

DOSSIER FORMATIVO PDTA STAND_UP

Per ogni operatore si è indicato:

(a) il numero e tipo di formazioni accreditate svolte sull'argomento;

(b) il numero di pazienti trattati secondo le procedure indicate nel PDTA.



Dal confronto di queste due variabili

si è assegnato,

il livello di Clinical Competence

con un sistema di misura di tipo ordinale

da 1 a 4

ESEMPIO DOSSIER FORMATIVO PDTA STAND-UP SOLO TARGET ESORDIO PSICOTICO

N=36

20 PSICOTERAPEUTI E 16 OPERATORI COMPARTO

RUOLO	PDTA ESORDIO PSICOTICO	Numero CASI TRATTATI	1 Formazione Get-up ANNO 2011	2 Formazione STAND-UP 2012-2014	3. FORMAZIONE REGIONALE 2015	4. Supervisioni Stand-up (2015- 2019)	FORMAZIONE REGIONALE 2019	COMPETENCE PROCESSO PDTA ESORDIO PSICOTICO CON CBT /PES
PSICOLOGO	SI	38	NO	SI	SI	SI	SI	4
NEUROPSICHI ATRA	SI	8	NO	SI	SI	SI	NO	4
PSICHIATRA	SI	6	NO	SI	SI	SI	SI	4
PSICHIATRA	SI	4	SI	SI	SI	SI	NO	4
PSICHIATRA	SI	3	SI	SI		SI	NO	4
INFERMIERE	SI	7	NO	SI	NO	SI	SI	3
PSICHIATRA	SI	5	NO	SI	SI	SI	SI	3
EDUCATORE	SI	5	NO	SI		SI	SI	3
INFERMIERE	SI	4	NO	SI	SI	SI	SI	3
COORDINATO RE ASSISTENZIAL E	SI	0	NO	NO	SI	SI	SI	3
PSICHIATRA	SI	0	NO	SI	NO	SI	SI	2
NEUROPSICHI ATRA	SI	0	NO	NO	NO	SI- FINE 2019	SI	1

ESEMPIO DOSSIER FORMATIVO PDTA STAND-UP SOLO TARGET DISTURBO BIPOLARE

N=26

10 PSICOTERAPEUTI E 16 OPERATORI COMPARTO

RUOLO	BIPOLARI	Numero GRUPPI TRATTATI nel triennio 2017-2019 PER bipolari con modello COLOM	Formazione Modello Colom-Vieta (2016) 	Supervisioni casi	COMPETENZE PROCESSO DI CURA BIPOLARE TIPO 1- MODELLO COLOM -VIETA
PSICHIATRA	SI	1	SI	SI	4
PSICOLOGO	SI	2	SI	SI	4
PSICHIATRA	SI	1	SI	SI	3
PSICHIATRA	SI	2	SI	SI	3
PSICHIATRA	SI	1	SI	SI	3
PSICHIATRA	SI	0	SI	SI	2
INFERMIERE	SI	0	SI	SI	2
INFERMIERE	SI	0	SI	SI	2
PSICHIATRA	SI	0	SI	NO	2
INFERMIERE	SI	0	NO	SI	1
NEUROPSICHIATRA	SI	0	NO	SI	1

Chi valuta i livelli di competence?



***Faculty ed il Gruppo operativo dedicato al PDTA
attraverso sistematici audit (trimestrali)
sul funzionamento PDTA attraverso
l'analisi quantitativa e qualitativa
del data base dedicato***

GRADING COMPETENCE

1= NECESSITA' DI FORMAZIONE DI BASE

2= HA CONOSCENZA MA NECESSITA DI SUPERVISIONE

3= AUTONOMO;

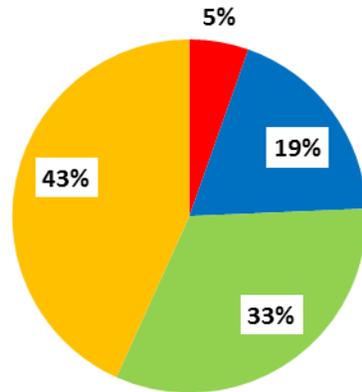
4= IN GRADO DI SUPERVISIONARE ALTRI



selezione ingresso valutazione intervento follow-up

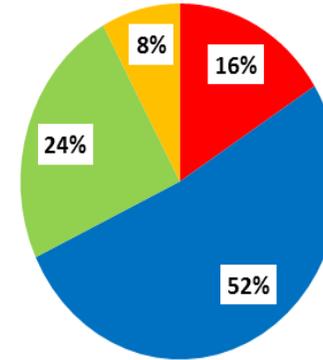
DSMDP

Livello di competenze operatori STAND-UP Esordio
Psicotico (N=37)



- necessita formazione di base
- conosce ma necessita di supervisione
- autonomo
- in grado di supervisionare altri

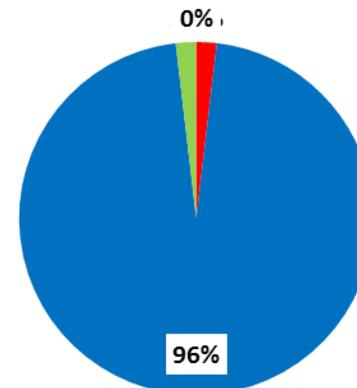
Livello di competenze operatori STAND-UP
intervento Colom Vieta (N=25)



- necessita formazione di base
- conosce ma necessita di supervisione
- autonomo
- in grado di supervisionare altri

**DOSSIER FORMATIVO
DEL PDTA
DIVIENE STRUMENTO
PER L'ANALISI DI
FABBISOGNO FORMATIVO E
PER LA PIANIFICAZIONE
DELLA FORMAZIONE
ANNUALE**

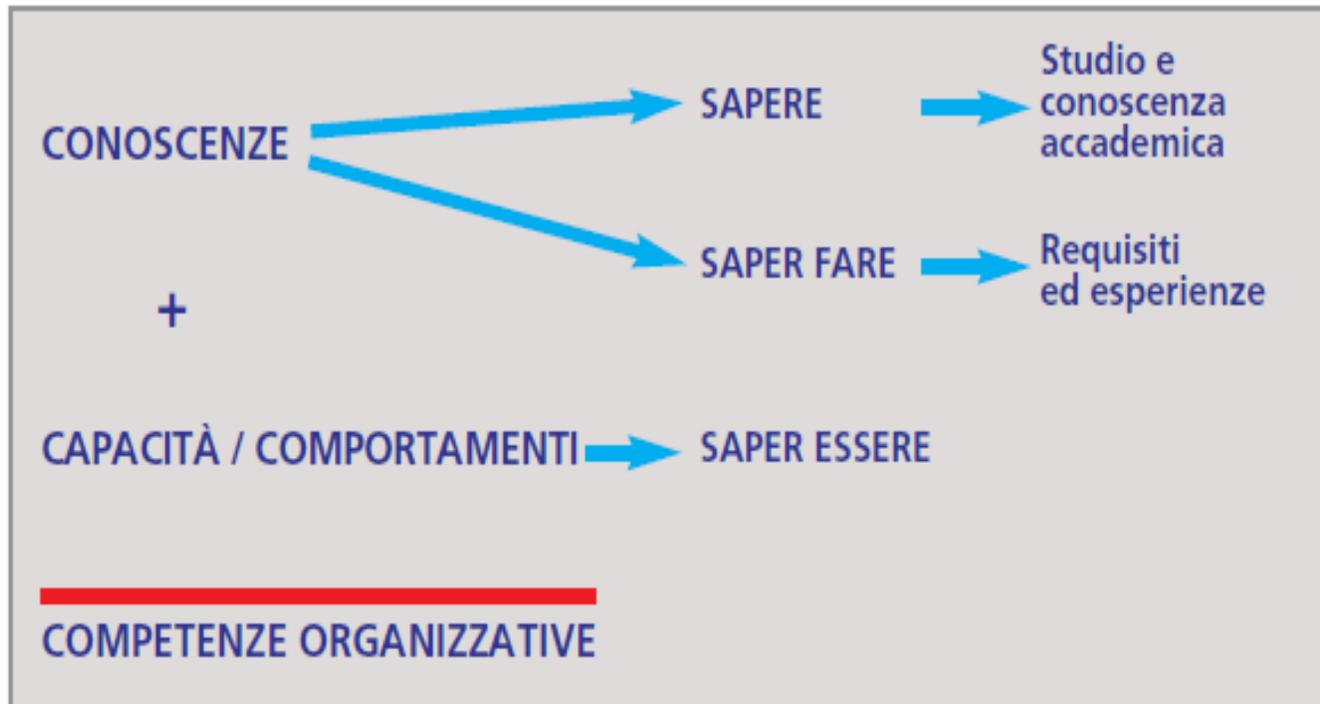
Livello di competenze operatori STAND-UP
intervento CBT sui gravi Depressi (N=54)



- necessita formazione di base
- conosce ma necessita di supervisione
- autonomo
- in grado di supervisionare altri

➔ 3. Faculty monitora e verifica il Dossier Formativo del PDTA

Figura 1 - IL MODELLO DELLE COMPETENZE



Conclusioni



Il Dossier Formativo nell'assetto di "manutenzione ordinaria del PDTA"

**favorisce il monitoraggio della Clinical Competence,
una più calibrata disseminazione di conoscenze,
comportamenti basati sulle buone pratiche e competenze**



