

REPORT FINALE

DISSEMINAZIONE del PDTA MINORI A RISCHIO PSICO- EVOLUTIVO nelle ASR PIEMONTESI

Progetto formativo 2010-2011

settembre 2011

IL GRUPPO DOCENTI

Maria DE FILIPPIS	Psicologo Dirigente, Psicoterapeuta, S.C. Psicologia ASL TO5
Marina FARRI	Direttore S.C. Psicologia ASL TO5
Roberto GARDENGI	Psicologo Dirigente, Psicoterapeuta, S.C. Psicologia ASL TO3
Giuseppina INTRAIVAIA	Psicologa Dirigente, Psicoterapeuta, S.C. Psicologia ASL CN2
Antonella LAEZZA	Psicologa Dirigente, Psicoterapeuta, S.C. Psicologia ASL TO3
Tiziana NEGRI	Psicologa Dirigente, Psicoterapeuta, S.C. NPI ASL TO2
Francesca RAGAZZO	Direttore S.C. Neuropsichiatria Infantile ASL CN1
Alessandra SIMONETTO	Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista ASL TO4
Bruno TIRANTI	Direttore S.C. Psicologia ASL TO3

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Antonella LAEZZA	ASL TO3
Francesca RAGAZZO	ASL CN1

TUTORAGGIO D'AULA E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Irene CIMMA	Aress Piemonte
Iacopo VAGGELLI	ASL TO3

1. PREMESSA

Nel gennaio 2010, su mandato dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, l'Agenzia Regionale per i Servizi sanitari del Piemonte ha prodotto il documento metodologico **PDTA Minori a rischio psico-evolutivo**. Il documento è stato recepito dalla Regione Piemonte e inserito nella DGR 101- 13754 del 29.03.2010, che ha come oggetto l'approvazione e la riorganizzazione dei LEA della Psicologia, l'istituzione del coordinamento tecnico regionale e l'adeguamento del flusso informativo per il monitoraggio delle attività.

Il PDTA Minori a rischio psico-evolutivo fornisce a tutti gli operatori interessati nel processo di *care* del minore linee d'indirizzo contestualizzabili nelle diverse realtà locali per la costruzione di un percorso di cura che garantisca livelli essenziali ed uniformi d'intervento psicologico. La tutela del minore a rischio psico-evolutivo dal punto di vista psicologico implica non solo un inquadramento diagnostico terapeutico, con valutazione del danno evolutivo e attivazione del relativo piano di trattamento, ma anche una valutazione diagnostica e prognostica della relazione bambino/genitori e della disponibilità di questi ultimi a modificarla. Nella costruzione del PDTA si è reso necessario individuare i compiti e la successione degli interventi di tutti i professionisti che, insieme allo psicologo, partecipano al processo di valutazione, cura e tutela del minore, processo che necessariamente deve prevedere una metodologia di lavoro integrata fra le fasi di raccolta e valutazione delle informazioni, di ipotesi e verifica degli interventi, in un continuo scambio tra aspetti descrittivi e valutativi e in una comune dimensione progettuale e multidisciplinare degli interventi.

Nel primo semestre del 2010 Aress ha curato la disseminazione del PDTA sul territorio regionale, progettando un piano formativo ad hoc, finalizzato alla presentazione del documento a tutte le figure professionali coinvolte (Psicologi, Neuropsichiatri infantili, rappresentanti degli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali).

Il presente report espone la metodologia seguita per l'organizzazione e lo svolgimento del piano formativo e riassume i punti di forza e le criticità emerse durante la disseminazione del PDTA sul territorio regionale. Le indicazioni, i commenti e le proposte di miglioramento suggerite dai colleghi del territorio hanno consentito di riflettere ulteriormente sulla complessità della casistica oggetto del PDTA e di realizzare una prima valutazione/revisione del documento stesso, confermando la necessità di prevedere attività di monitoraggio della diffusione e dell'applicazione del PDTA.

2. METODOLOGIA DEL PIANO FORMATIVO

Il corso, finanziato dalla Regione Piemonte con Determinazione n.395- 21 luglio 2009, è stato organizzato in sinergia dalla S.C. Ricerca e Formazione dell'ASL TO 3 e dalla S.C. N.P.I. dell'ASL CN1 di Savigliano, con il dell'Aress. Il corso, che ha preso avvio nel mese di ottobre 2010 concludendosi nel maggio 2011, si è articolato in tre edizioni (Torino, Savigliano, Novara), ciascuna costituita da due momenti di formazione d'aula e da un project work che i partecipanti hanno svolto nella propria realtà organizzativa, coinvolgendo i colleghi del proprio Servizio e dei Servizi interessati che non avevano preso parte alle giornate d'aula. La logica che ha guidato la progettazione intendeva infatti considerare i partecipanti come "testimoni privilegiati" dei contenuti teorici e dei risvolti applicativi del PDTA, incoraggiandoli a farsi promotori del PDTA stesso

all'interno della propria ASL di appartenenza. La progettazione di un piano di disseminazione che non fosse unicamente informativo, ma che avesse anche un rilievo pratico applicativo, ha considerevolmente arricchito l'esperienza tanto del gruppo di lavoro quanto dei partecipanti.

Gli iscritti al piano formativo che hanno partecipato ad almeno una delle due giornate formative sono stati 108. I partecipanti che hanno completato l'intero percorso, svolgendo il Project Work e ottenendo i crediti ECM, sono stati 62.

In tabella 1 sono riassunti alcuni dati significativi rispetto alla tipologia professionale dei partecipanti.

Tabella 1: Descrizione dei partecipanti al piano formativo

	PRIMA ED: TORINO	SECONDA ED: SAVIGLIANO	TERZA ED: NOVARA
Iscritti	42	39	27
Crediti ECM	27	19	16
Psicologi	18	15	12
Medici	1	4	1
A.S.	8	0	3

Erano rappresentate tutte le ASL piemontesi (ad eccezione dell'ASL VCO) e alcune ASO.

La prima giornata d'aula ha previsto l'alternarsi di lezioni frontali, necessarie ad illustrare gli snodi più significativi del PDTA (Richiesta di intervento e Accesso; Psicodigenosi e profilo di funzionamento; Valutazione della trattabilità; Trattamento), e di lavori di gruppo, finalizzati all'individuazione dei punti di forza e di debolezza del PDTA. Il Project Work era finalizzato all'applicazione del PDTA all'interno della propria realtà organizzativa e all'individuazione delle azioni di miglioramento necessarie a rispettare le raccomandazioni di buona pratica suggerite. La seconda giornata d'aula prevedeva infine l'esposizione dei Project Work e la discussione in plenaria delle principali criticità riscontrate nel corso dell'applicazione.

3. PUNTI DI FORZA RILEVATI

- Definizione e delimitazione della casistica oggetto del PDTA - attraverso criteri di inclusione e di esclusione univoci e basati su codifiche diagnostiche internazionali – al fine di rendere gli interventi omogenei nei diversi Servizi della rete psicologica territoriale/ambulatoriale
- Interesse da parte degli operatori delle ASR e dei Servizi Socio Assistenziali
- Definizione e condivisione della necessità di un impianto multidisciplinare anche attraverso il coinvolgimento dei Servizi Socio Assistenziali nelle attività di tutela per l'età evolutiva
- Definizione e riconoscimento della peculiarità della psicologia clinica dell'età evolutiva, per caratterizzare le funzioni di cura nella rete territoriale/ambulatoriale e il grado di appropriatezza ed efficacia clinica degli interventi su minori e famiglie

- Proposta di implementazione di nuove modalità organizzative e operative, come la progettazione di una attività di *trriage psicologico*
- Condivisione del focus sul lavoro clinico con le famiglie, nell'ottica della valutazione della trattabilità. La valutazione preliminare della presenza/assenza di trattabilità può configurarsi come indicatore utile anche in fase di *trriage*
- Nascita di sviluppi locali sul territorio (elaborazione di schede di *trriage*; diffusione del documento in un ottica di lavoro di rete sempre più ampia; raccolta di integrazioni e commenti al documento; ecc.)

4. LIMITI RISCONTRATI E PROSPETTIVE DI EVOLUZIONE PROGETTUALE

- Difficoltà a mantenere nel corso della stesura del PDTA l'impostazione multidisciplinare.
Il gruppo di lavoro, preso atto dell'articolazione particolarmente complessa del PDTA, ha scelto di delineare prioritariamente il percorso clinico psicologico, lasciando al momento di disseminazione sul territorio l'integrazione con gli altri operatori. Sono stati indicati gli snodi decisionali per i quali è raccomandata l'integrazione multidisciplinare
- Mancato coinvolgimento in fase di progettazione e di formazione degli operatori dei SERT e dei CSM. Si registra la necessità di procedure e modelli di intervento il più possibile integrati
- Rappresentanze dei Servizi Socio Assistenziali variabili a seconda della zona e delle contingenze locali

Un ulteriore riscontro emerso nel corso della disseminazione, ancorché pertinente più alle realtà operative che alla metodologia seguita, ha riguardato l'aggravamento delle difficoltà organizzative sul territorio a carico di tutti i Servizi, che evidenziano l'aumento del carico di lavoro aggravato dalla limitazione delle risorse dovuta ai piani di rientro. Il lavoro clinico si configura pertanto sempre più come risposta all'urgenza e sempre meno come attività di prevenzione.

5. SVILUPPI LOCALI SUL TERRITORIO

Gli incontri di disseminazione e il Project Work hanno consentito di evidenziare alcune iniziative di innovazione e arricchimento delle prassi di lavoro, tra cui si citano le seguenti¹:

- Elaborazione di una scheda ad hoc da utilizzare nel corso del primo colloquio per definire criteri di urgenza secondo una graduatoria a tre livelli (basso, medio, alto), per valorizzare e sistematizzare gli elementi raccolti e per chiarire i passaggi diagnostici. La scheda è attualmente in fase di utilizzo per un periodo di sperimentazione.

- Organizzazione di una giornata formativa ad hoc sul PDTA che ha coinvolto tutti i Servizi interessati (NPI; SERT; CSM; Psicologia; Consorzi Socio-Assistenziali), rispettando la logica del “Gruppo Interservizi” che caratterizza la prassi di lavoro della S.C. di Psicologia che ha promosso l’iniziativa. La logica di lavoro “interservizi” permette un confronto allargato e l’espressione di ottiche talvolta conflittuali ma non paralizzanti e rafforza la progettualità comune.
- Discussione e condivisione del PDTA tra tutti gli Psicologi dell’età evolutiva operanti sul territorio afferente all’ASL. Progettazione di una check list di lavoro da inserire in cartella e da utilizzare in tutti i nuovi casi.
- Avvio della ridefinizione dei protocolli di intesa tra Servizio Sociale e Servizio di Psicologia per la presa in carico e l’accesso del paziente.

¹ Le esperienze citate si riferiscono alle ASL BI, ASL TO5, ASL TO1, ASL VC

SI RINGRAZIANO I COLLEGHI CHE HANNO PARTECIPATO AL PIANO FORMATIVO²:

ALBERICI	Alessia	Psicologo	ASL AL
ALCAYDE DIAZ	Ana Marta	Psicologo	ASL TO1
BARBERO	Erika	Psicologo	ASL CN1
BLUA	Franca	Assistente sociale	Ente Gestore
BONGIOVANNI	Barbara	Assistente sociale	Ente Gestore
BONOMO	Lidia	Psicologo	ASL TO4
BRUNI BERRINO	Maria Teresa	Psicologo	ASL CN2
BRUNO	Margherita	Medico	ASL TO2
BUTANO	Concettina	Psicologo	ASL TO3
CAPUSSOTTI	Chiara	Assistente sociale	Ente Gestore
CARISTO	Concettina	Psicologo	ASL AL
CASSANO	Enrica	Psicologo	AO AL
CAVALLO	Paola maria	Medico	ASL TO3
CHIADO' PIAT	Paola	Psicologo	ASL TO3
COGNO	Stefania	Psicologo	ASL CN1
COLOMBARI	Patrizia	Psicologo	ASL VC
CUMINETTI	Claudia Giuseppina	Psicologo	ASL TO1
CURTO	Gabriella	Psicologo	ASL TO4
DEL BUONO	Marina	Psicologo	ASL TO5
DI PIERRO	Paola	Psicologo	ASL CN2
DONZINO	Elena	Psicologo	ASL CN1
DOVANA	Alberto	Psicologo	ASL BI
FERRATO	Noemi	Psicologo	ASL CN1
FRANCO	Michela	Psicologo	ASL CN1
GABBIANI	Lia	Psicologo	ASL TO5
GALLI DELLA MANTICA	Maria Eulalia	Psicologo	AO OIRM/S.Anna
GIACOMETTO	Bianca	Psicologo	ASL TO4
GIRAUDO	Ornella	Assistente sociale	Ente Gestore
GIVONETTI	Patrizia	Psicologo	ASL BI
GONELLA	Anna maria	Psicologo	ASL AL
GRANDI	Michela	Medico	
GUERRINI	Antonella	Assistente sociale	Ente Gestore
JARETTI SODANO	Serena	Medico	ASL TO2
LASAPONARA	Marinella	Psicologo	ASL TO3
LUCIANO	Gina	Medico	ASL NO
MARTINETTI CANDELA	Luisa	Psicologo	ASL CN1
MATTA	Alessandra	Psicologo	ASL TO3
MONDINO	Donatella	Psicologo	ASL TO3
MONTALCINI	Francesca	Psicologo	ASL CN1
MOTTURA	Gabriella	Psicologo	ASL TO3
NEGRI	Adelia	Psicologo	Ente Gestore
OCCLEPPO	Chiara	Psicologo	ASL BI
PIOVANO	Giovanna	Psicologo	ASL TO2
PIRRO	Orazio	Medico	ASL TO1
PLATANIA	Franca	Psicologo	ASL TO1
PORZIO	Luciana	Psicologo	ASL BI
QUASSO BOTTERO	Giuliana	Psicologo	
RAINO'	Elena	Medico	AO OIRM/S.Anna
RASMINI	Paolo	Medico	ASL VC
RE	Lucia	Psicologo	ASL TO5
RE	Stefania	Psicologo	ASL CN1

REVIGLIO	Nadia	Psicologo	ASL TO3
RIVALTA	Giovanni	Medico	ASL TO3
SACCANI	Carlo	Psicologo	ASL TO2
SALVAGNO	Maria Luisa	Psicologo	ASL CN1
SERENA GUINZIO	Maria Carla	Medico	ASL TO3
SIMONINI	Donatella	Psicologo	
TENCAJOLI	Gabriella	Psicologo	ASL VC
TESTA	Maria Vittoria	Psicologo	ASL CN2
VANOLI RICCIO	Rita	Psicologo	ASL AL
VELLAR	Giampiero	Psicologo	ASL BI
VERCELLONI	Attilio	Medico	ASL VC

² E' stato possibile recuperare unicamente i nomi dei partecipanti che hanno completato l'intero percorso formativo e ottenuto i crediti ECM.