

ALIVE 2

Programma di sviluppo della valutazione di esito nei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna 2014-2018



Analisi del Livello di Implementazione degli strumenti di Valutazione e di Esito

Claudio Ravani

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL della Romagna – Forlì

Proposta di programma definito dal gruppo tecnico incaricato dai Direttori DSM-DP:



Paola Carozza
Alba Natali
Antonella Piazza
Giovanni Piraccini
Claudio Ravani
Michele Sanza
Alessio Saponaro
Sandra Ventura

Progetti già realizzati

Alive - Fase 1

Manuale di assessment

Progetto core set indicatori di valutazione

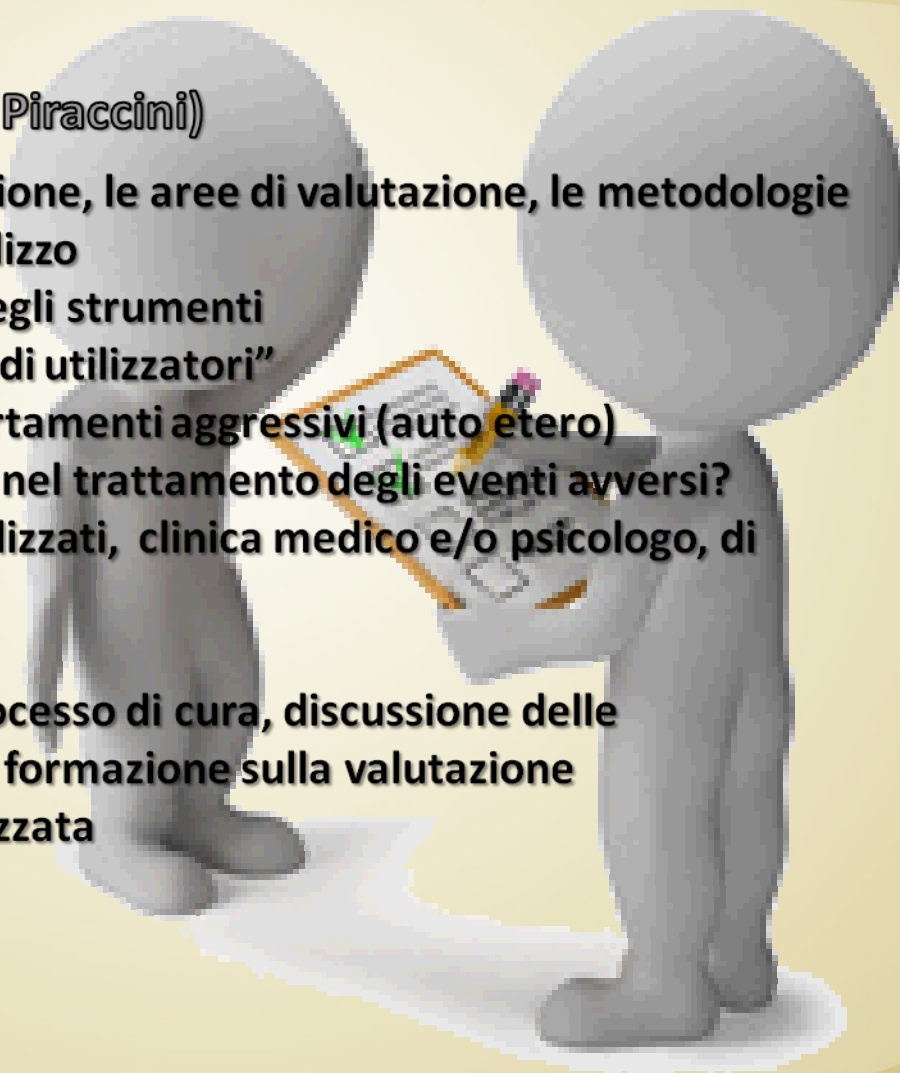
SISM



Progetti già realizzati

Alive - Fase 1 (dott. Giovanni Piraccini)

- metodologie e strumenti di valutazione, le aree di valutazione, le metodologie e/o gli strumenti, le modalità di utilizzo
- difficoltà riscontrate nell'utilizzo degli strumenti
- parametri per caratterizzare i "grandi utilizzatori"
- monitoraggio dei rischi, dei comportamenti aggressivi (auto etero)
- incident reporting nella gestione e nel trattamento degli eventi avversi?
- valutazione con strumenti standardizzati, clinica medico e/o psicologo, di équipe
- apporto di utenti/familiari
- valutazione alla conclusione del processo di cura, discussione delle motivazioni alla chiusura attività di formazione sulla valutazione
- valutazione nella cartella informatizzata



Progetti già realizzati

Alive - Fase 1 (dott. Giovanni Piraccini)

E' disponibile
il report
sintetico con i
risultati
differenziati
per ogni
singola AUSL.



Progetti già realizzati

Manuale di assessment

Coordinato dall'AUSL di Cesena, è stato redatto un Manuale contenente i test maggiormente utilizzati nell'ambito dell'assessment e della valutazione di esito nella salute mentale adulti. Per ogni test è riportata una breve descrizione degli assunti di base, le specifiche diagnostiche e di utilizzo, i pazienti a cui è possibile somministrarlo, i tempi e i materiali necessari e le modalità di lettura dei risultati.



Progetti già realizzati

Progetto core set indicatori di valutazione

E' stato realizzato il progetto Core set indicatori per la valutazione delle Politiche per la salute nei servizi del DSM-DP. Si tratta di un progetto che ha come obiettivo la definizione di un set di indicatori finalizzato a valutare le Politiche per la salute mentale e dipendenze patologiche in Emilia-Romagna attraverso il confronto tra le Aziende USL, per sviluppare l'attività di benchmarking, attraverso lo scostamento rispetto a standard predefiniti/predefinibili.

Il documento è stato redatto, condiviso con i Direttori DSM-DP, le associazioni dei familiari, i Servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna. Sono disponibili i risultati per la maggior parte degli indicatori selezionati.



Progetti già realizzati

SISM

Con la circolare 1/2013 SISM Sistema informativo dei Servizi di Salute Mentale adulti della Regione Emilia-Romagna è stato ridisegnato il flusso informativo regionale, adeguandolo sia alle nuove esigenze informative, sia alla necessità di valorizzazione della valutazione degli esiti dei processi clinico assistenziali. Tutti i trattamenti o i processi clinici assistenziali dei pazienti che afferiscono ai servizi di salute mentale adulti sono costantemente monitorati e valutati in termini di processo clinico-assistenziale.



Finalità progetto

Il prossimo progetto da realizzare è sicuramente il più difficile:

**sviluppare la valutazione dell'esito in
termini di outcome**



Finalità progetto

Vol. 2, n. 6
Luglio - Agosto 2009

www.gimbenews.it

1. Definizione

Outcome, end-point. Nella metodologia della ricerca clinica possono essere considerati sinonimi: entrambi hanno il significato di “misura di esito”.



Finalità progetto

Outcome clinicamente rilevanti

Vol. 2, n. 6
Luglio - Agosto 2009

www.gimbenews.it

Clinici. Mortalità (totale o causa specifica), eventi morbosi (infarto, stroke, frattura), misure fisiologico-metaboliche (colesterolo LDL, pressione arteriosa, densità minerale ossea).

Outcome derivati

Finalità progetto



Vol. 2, n. 6
Luglio - Agosto 2009

www.gimbenews.it

Economici. Diretti (ospedalizzazioni, visite ambulatoriali, test diagnostici, farmaci), indiretti (giornate lavorative perse), intangibili (grado di sofferenza, stress psicofisico).

Finalità progetto

Vol. 2, n. 6

9
—
it
=

Considerato che qualunque intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo, palliativo) sperimentato in un RCT modifica in varia misura outcome appartenenti alle tre categorie, idealmente un trial dovrebbe misurare almeno un outcome per ciascuna categoria. In realtà, vengono sempre selezionati gli outcome clinici, molto raramente quelli economici e - solo recentemente in alcuni settori (oncologia, malattie croniche) - quelli umanistici.

Finalità progetto

sviluppare la valutazione dell'esito in termini di outcome



E' un obiettivo che:

- impatta con aspetti culturali/organizzativi dei Servizi
- incontra resistenze di operatori e/o delle stesse strutture ed organizzazioni

Dovrà basarsi su **valutazione sostenibile**, dall'attività dei servizi e dalle esperienze degli operatori, per creare un minimo comune denominatore tra i servizi della Regione

Finalità progetto

sviluppare la valutazione dell'esito in termini di outcome



Dovrà

basarsi su criteri di **sostenibilità**, relativamente all'attività dei servizi e alle esperienze e partecipazione attiva degli operatori

creare un denominatore comune, inizialmente anche minimo, tra i servizi della Regione

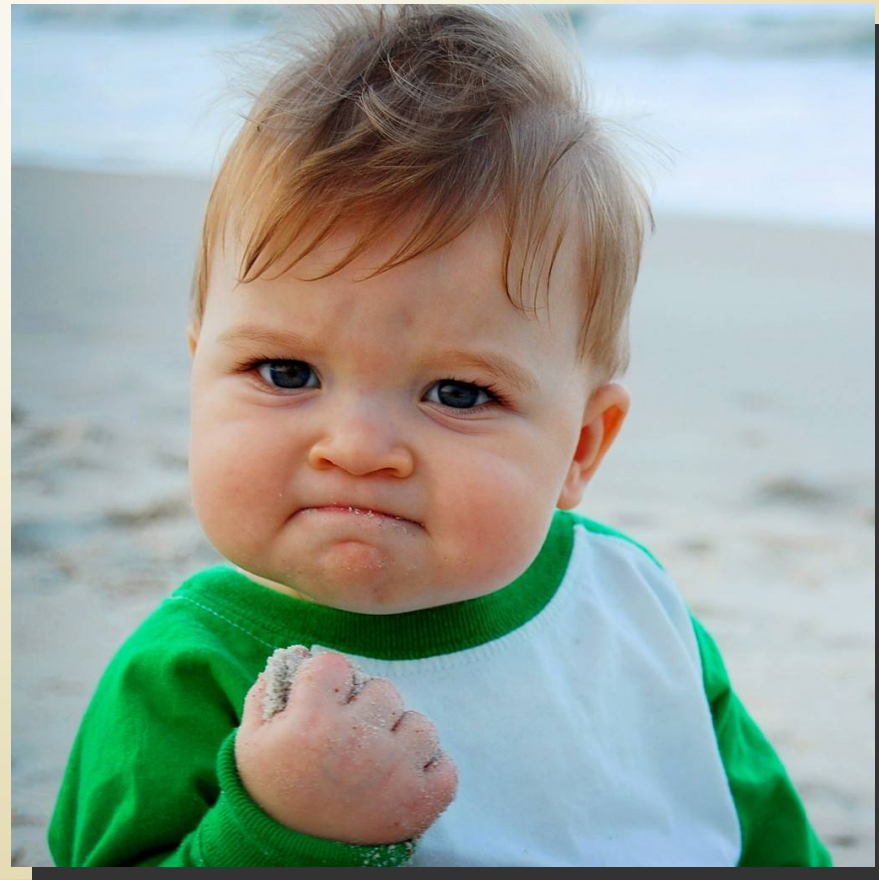
Indicazioni dei Direttori DSM-DP

costituire un **livello essenziale di valutazione**, che permetta una attività di **benchmarking** tra i servizi. Pertanto l'uso di strumenti e modelli deve tener conto della differente organizzazione e dimensione dei servizi di salute mentale regionali.



Indicazioni dei Direttori DSM-DP

sviluppare una **cultura della valutazione** tra gli operatori, condizione minima necessaria per il successo del progetto. E' necessario quindi puntare sulla formazione e sulla motivazione degli operatori all'utilizzo degli strumenti di valutazione.



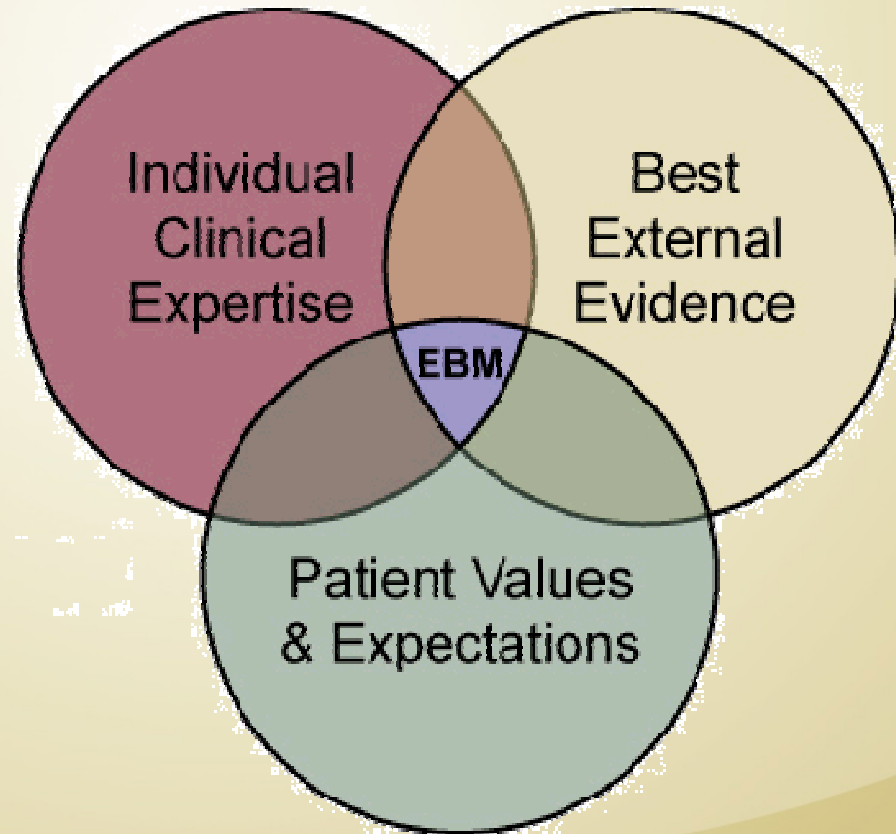
Indicazioni dei Direttori DSM-DP

essere **sostenibile e funzionale** all'organizzazione dei servizi di salute mentale adulti, orientando i risultati al miglioramento dei processi e dei servizi



Indicazioni dei Direttori DSM-DP

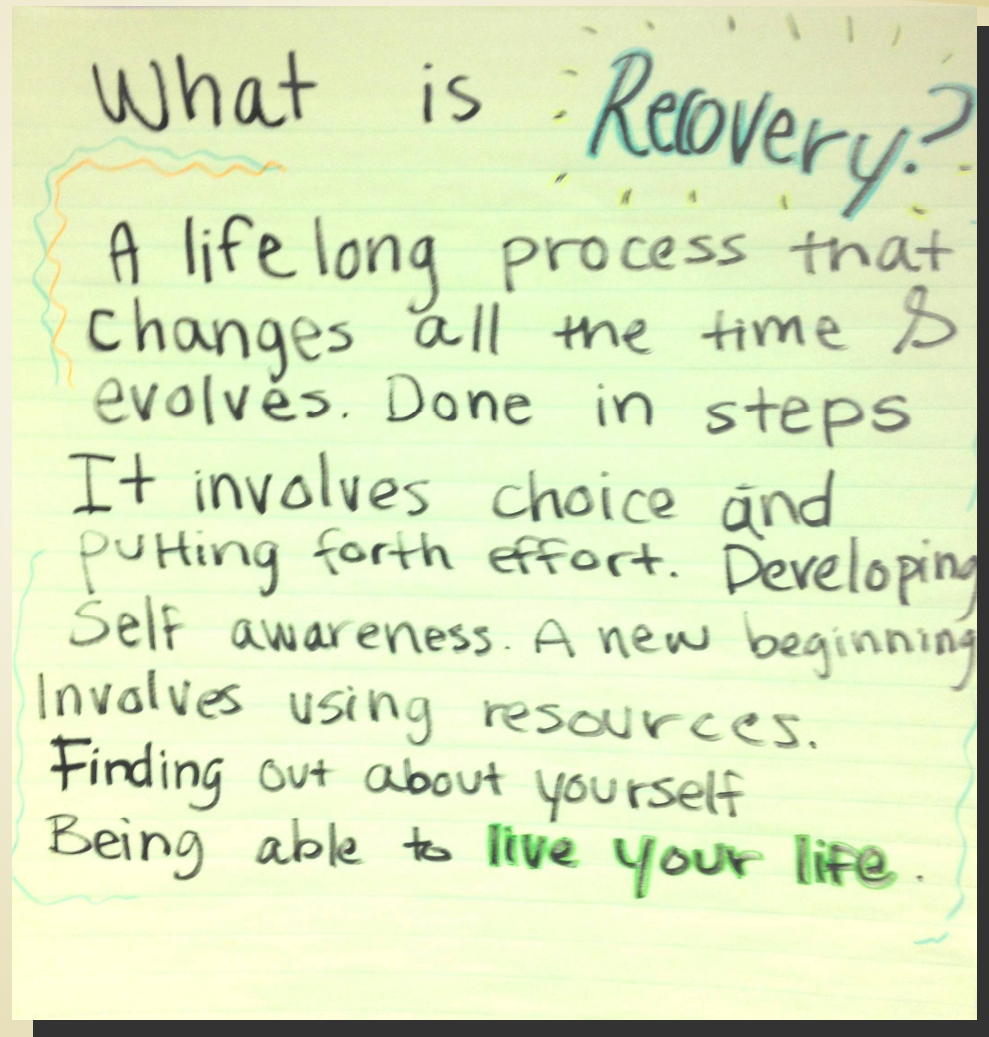
accompagnare la valutazione clinica degli operatori con strumenti e modalità **evidence-based**.



Dimensione valutativa

La dimensione valutativa deve essere coerente con la mission dei servizi, centrata su

recovery ed empowerment.



Extended discussions and small-group activities were the order of the day, covering topics from self-awareness to crisis management. "I don't want y'all to experience death by PowerPoint," Sarah explained of her hands-on, free-wheeling style.

What is Recovery?

A life long process that changes all the time & evolves. Done in steps

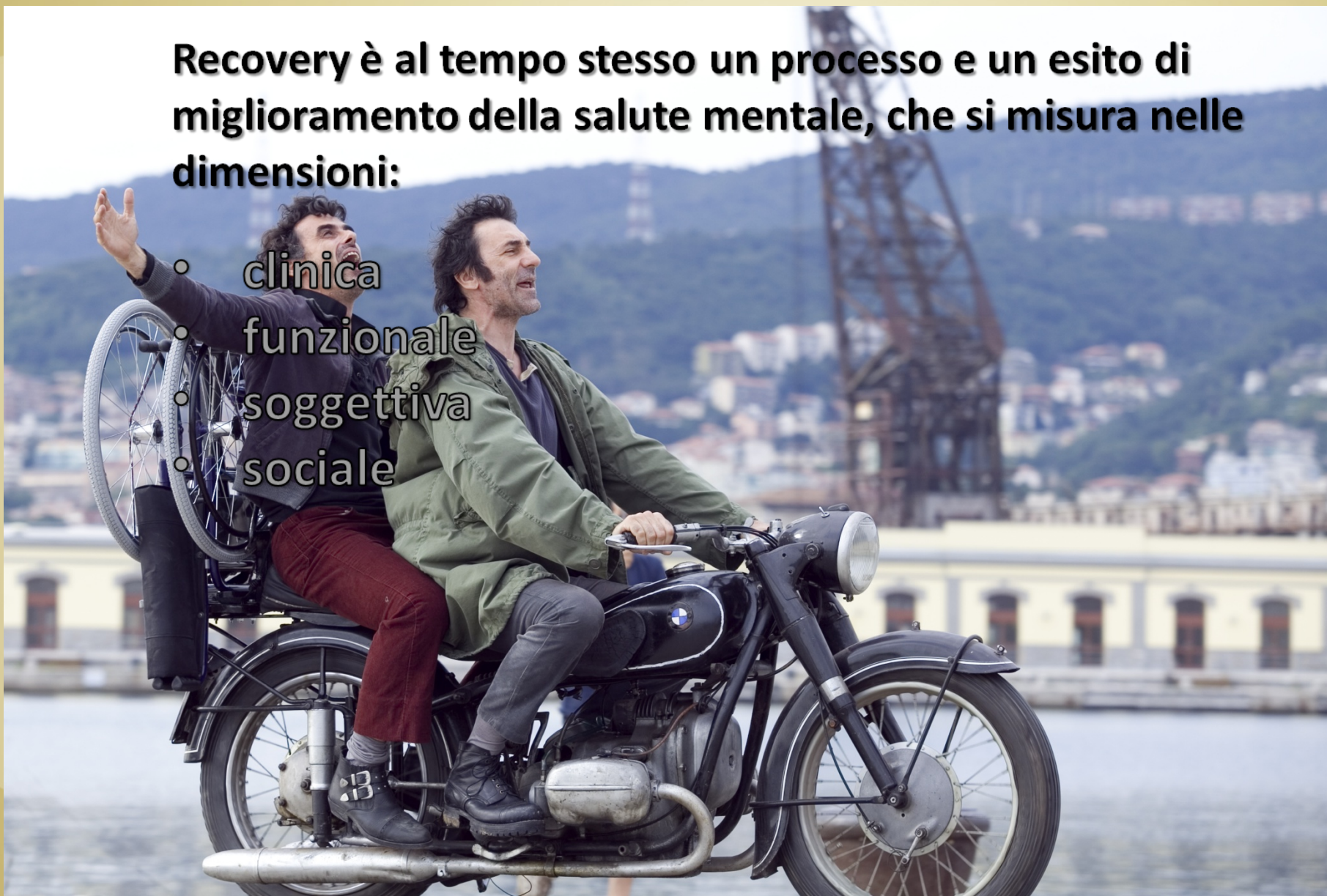
It involves choice and putting forth effort. Developing Self awareness. A new beginning

Involves using resources.
Finding out about yourself
Being able to live your life.

Dimensione valutativa

Recovery è al tempo stesso un processo e un esito di miglioramento della salute mentale, che si misura nelle dimensioni:

- clinica
- funzionale
- soggettiva
- sociale



Recovery come outcome

Clinica

(clinical recovery: remissione sintomatologica, aderenza terapeutica)



Recovery come outcome

Funzionale

(functional recovery: mantenere un lavoro, frequentare la scuola, vivere autonomamente, gestire da soli la terapia farmacologica)



Recovery come outcome

Soggettiva

(personal recovery: lottare contro la disabilità, ridimensionare il trauma della malattia, accettare i propri limiti, scegliere, autodeterminarsi, assumersi responsabilità, riprendere la prospettiva, sperare, assumersi il rischio positivo, stimarsi di più e sentirsi più efficaci)

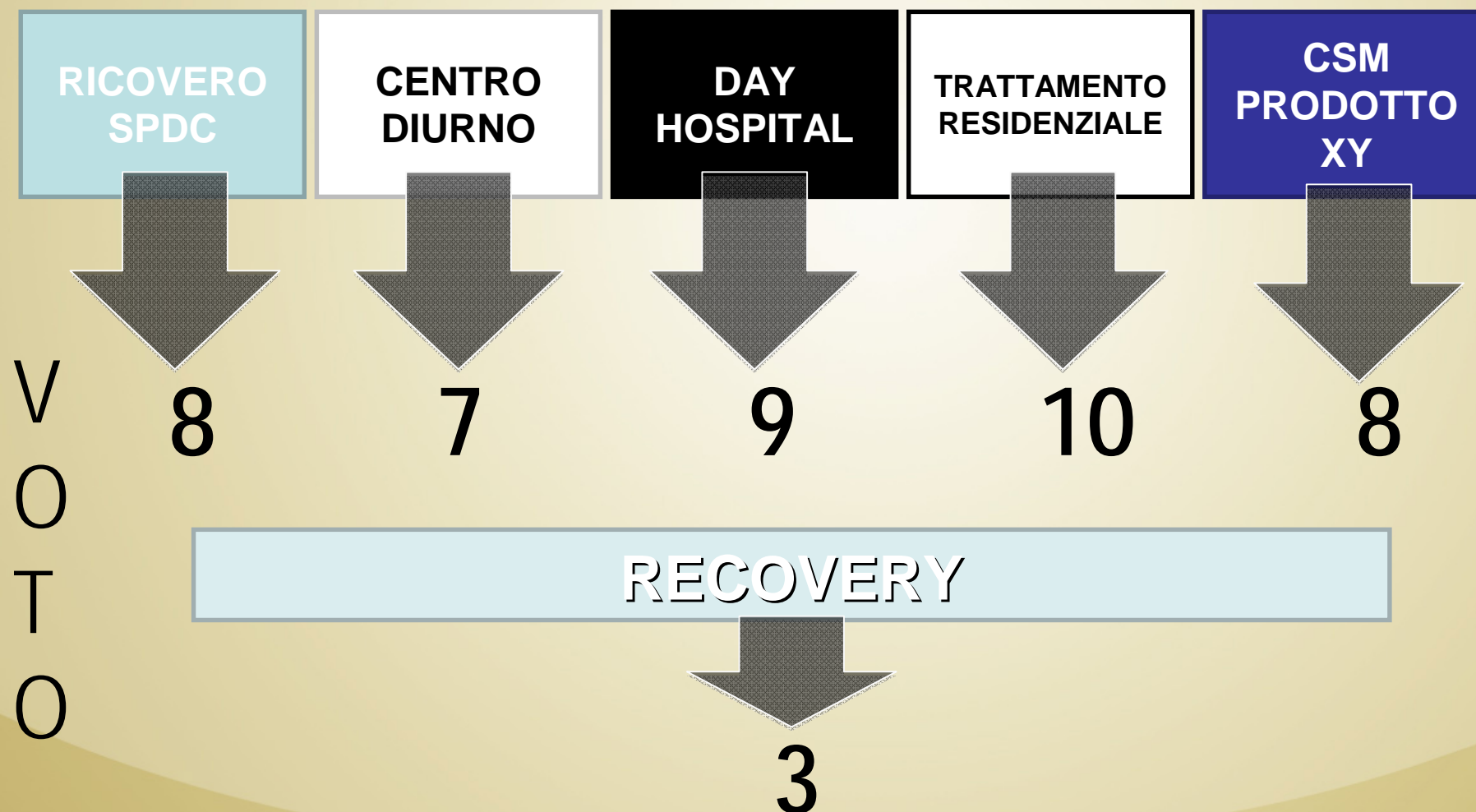


Recovery come outcome

Sociale (social recovery: ciò che le persone sperimentano quando diventando più capaci di gestire la loro malattia mentale e o l'abuso di sostanze e di raggiungere un significativo e positivo senso di appartenenza alla comunità con il minor supporto professionale possibile e compatibilmente con la permanenza della vulnerabilità neurobiologica).



Recovery come outcome



Recovery come outcome

Troisi: Chell ch'è stato è stato... basta, ricomincio da tre...

Arena: Da zero!...

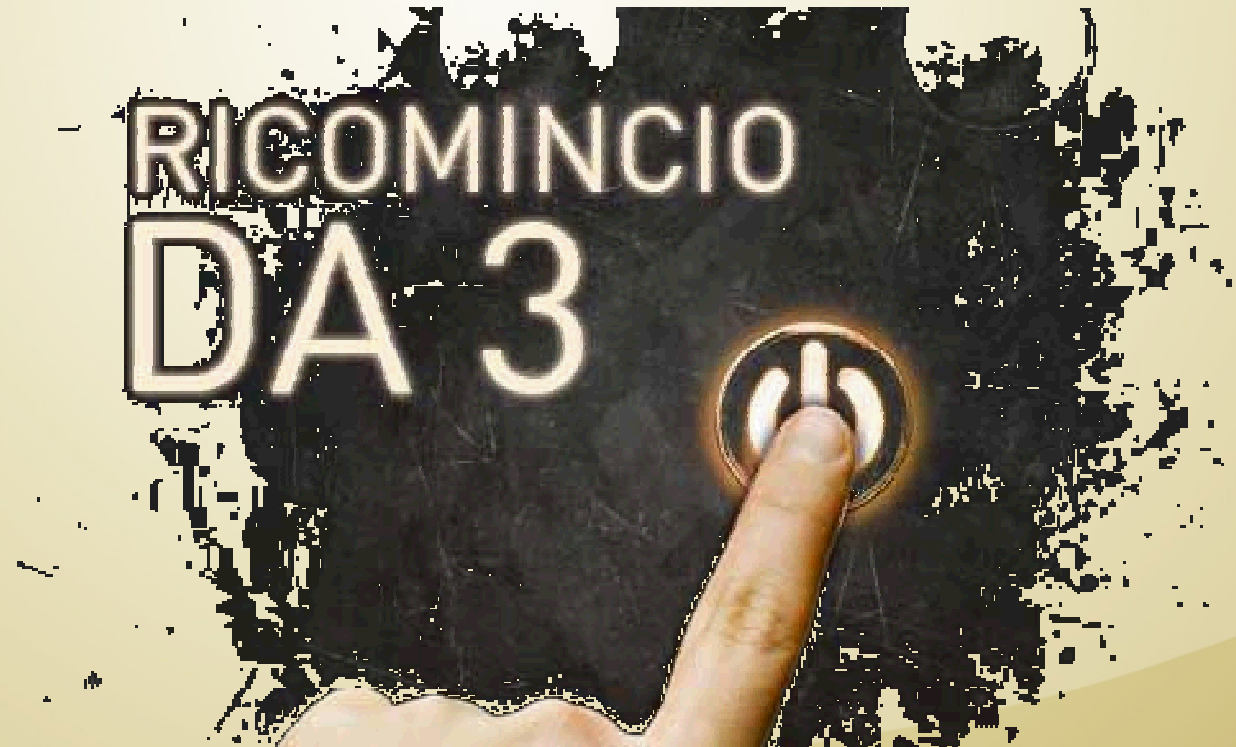
Troisi: Eh?...

Arena: Da zero: ricomincio da zero.

Troisi: Nossignore, ricomincio da... cioè... tre cose me so' riuscite dint'a vita, pecché aggia perdere pure chest? Aggia ricomincià da zero? Da tre!



Recovery come outcome

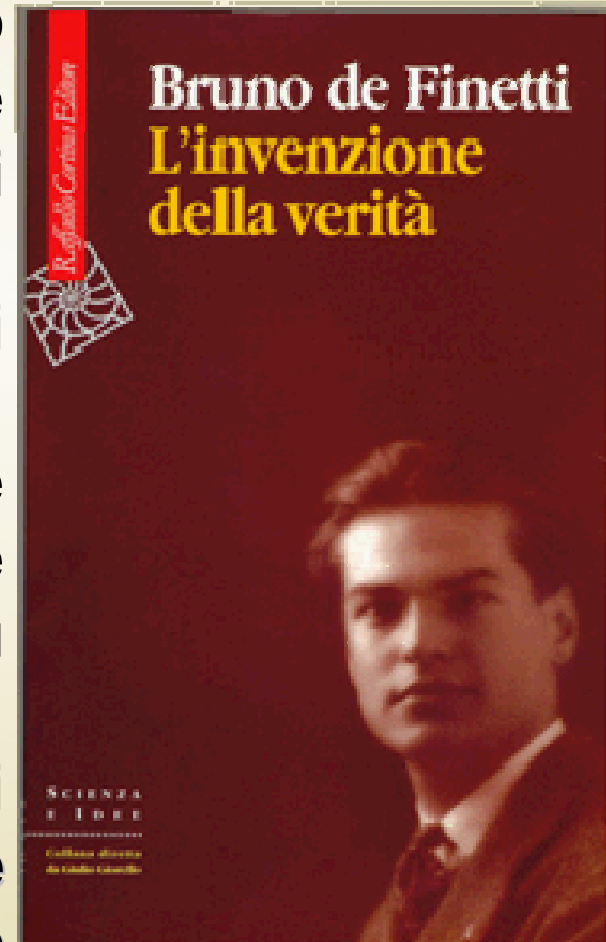
A hand is shown pressing a power button, which is a circular icon with a vertical line through it. The button is illuminated with a warm, orange glow. The background is a dark, textured surface, possibly a piece of fabric or paper, with a rough, torn edge. Overlaid on this background is the text 'RICOMINCIO DA 3' in a bold, white, sans-serif font. The text is slightly shadowed, giving it a three-dimensional appearance as if it's floating or attached to the surface.

RICOMINCIO
DA 3

Recovery come outcome

Le nostre basi culturali hanno influenzato il modo di rappresentare astrattamente la realtà, anche i principi sui quali abbiamo costruito poi modelli matematici e, di conseguenza, quelli statistici.

Usiamo la statistica (per la precisione il calcolo delle probabilità) per le nostre valutazioni, nelle occasioni più disparate. L'esito, positivo o negativo, della valutazione, anche in termini statistici, è comunque **collegato alle nostre aspettative**



**Recovery
come
outcome**

CHI CERCA TROVA
CHI CERCA TROVA



QUELLO CHE CERCA
QUELLO CHE CERCA

Paradigma di riferimento

L'approccio valutativo si basa sul **paradigma biopsicosociale**, in cui salute e malattia sono meglio comprese se si considerano specifici fattori in ciascuno dei tre principali domini e come questi fattori si integrano tra loro e influenzano il nostro benessere.

E' necessario che la valutazione si concentri su **tre dimensioni**:

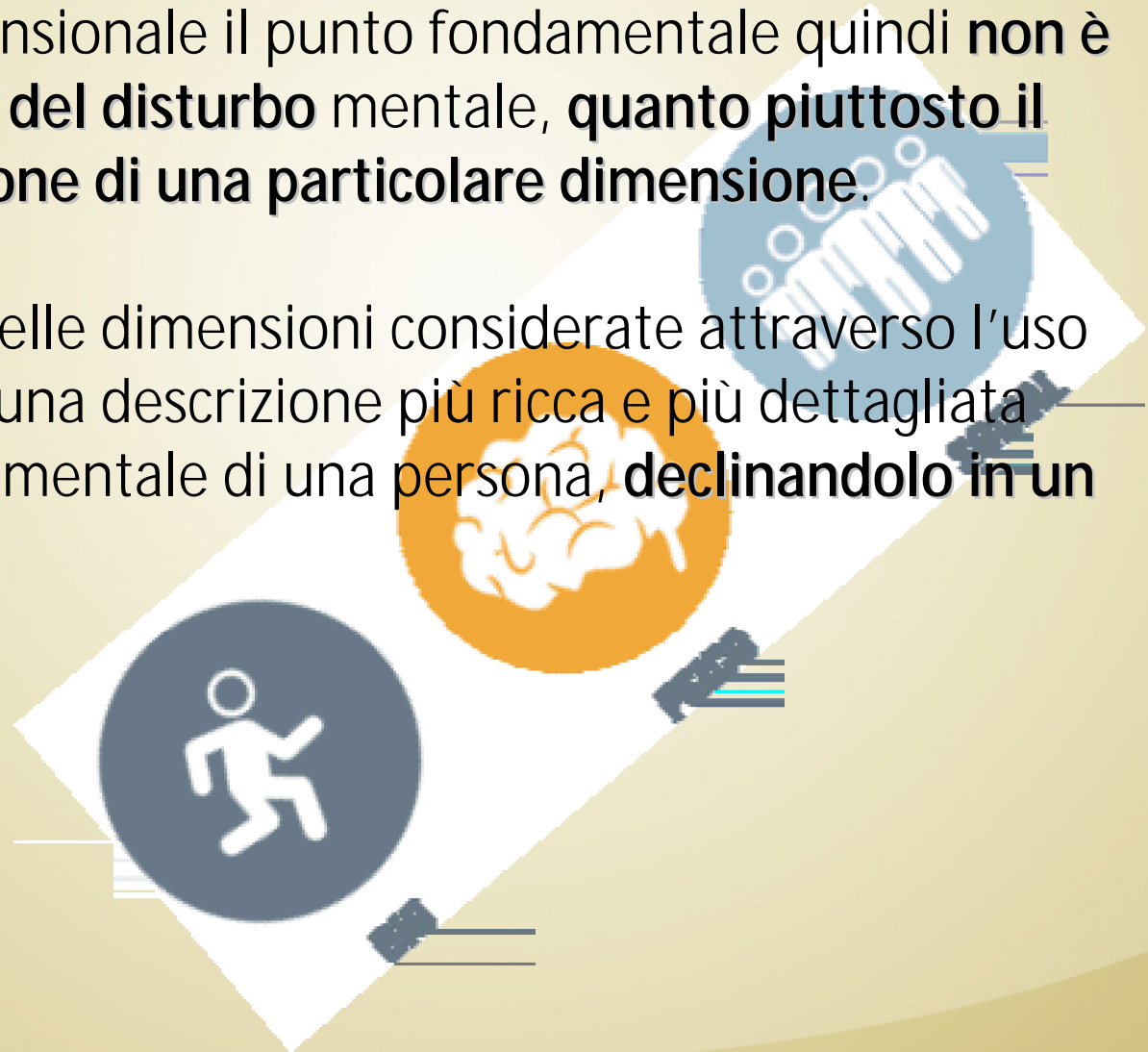
- biologica
- psicologica
- sociale



Paradigma di riferimento

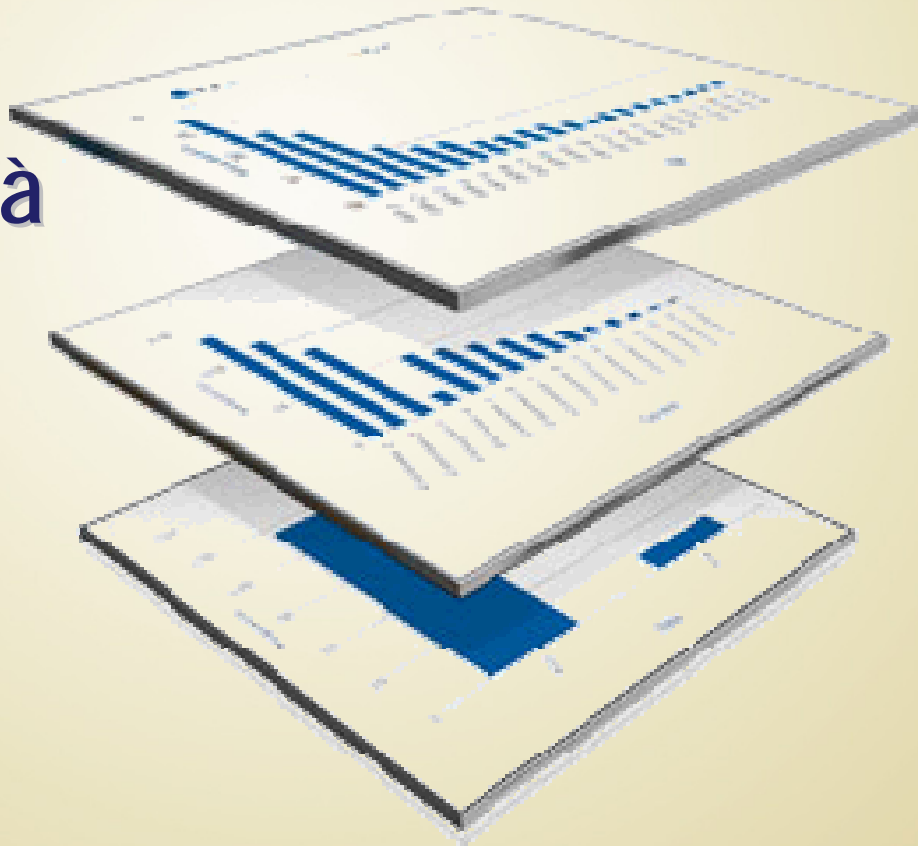
Nell'approccio dimensionale il punto fondamentale quindi **non è la presenza o meno del disturbo** mentale, **quanto piuttosto il grado di modificazione di una particolare dimensione.**

La quantificazione delle dimensioni considerate attraverso l'uso di scale può fornire una descrizione più ricca e più dettagliata dello stato di salute mentale di una persona, **declinandolo in un profilo.**



Strategie per la valutazione di esito

- **Muldimensionalità**
- **Multiassialità**
- **Longitudinalità**



Ruggeri e Dall'Agnola, 2000; Ruggeri e Lasalvia, 2003

Strategie per la valutazione di esito

- **Multidimensionalità**

gli esiti degli interventi sono misurati rispetto a più parametri, sia clinici che sociali

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Istruzioni:
Questo test consiste in 24 item-sintomi, ciascuno dei quali valutato in una scala di 7 punti di severità, che vanno da "non presente" ad "estremamente severo". Se uno specifico sintomo non è valutato: segnare N.V. (non valutato). Cerchia il numero corrispondente alla migliore descrizione delle condizioni del paziente.

sintomi	N.V.	Non pres	moderato	Moderatamente severo	severo	Molto severo
1 Preoccupazione somatica (dismorfofobia)				5	6	7
2 Ansia						
3 Depressione						
4 Pensieri						
5 S						

HONOS

Y028 - Mr C

item	testo item	2M	GM	9M	12M
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique.	4	3	4	4
33	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	4	4	3	3
13	Le patient est animé ou excité.	4	2	4	3
63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	4	4	1	4
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	2	4	3	4
88	Le thérapeute aborde des questions et du matériel significatifs (R Le patient aborde des	2	3	4	4
65	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement	3	4	4	1
92	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).	1	4	3	4
26	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du	3	3	3	2
62	Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	2	3	4	2
07		4	1	2	3

qualità assurance with the brief psychiatric
in Psychiatric Research.

Strategie per la valutazione di esito

- **Multidimensionalità**

occorre verificare l'evoluzione non solo degli aspetti **psicopatologici**, ma anche di parametri altrettanto importanti per i pazienti, quali il **funzionamento relazionale e sociale**, la **qualità della vita**, i **bisogni di cura** e la **soddisfazione** nei confronti dei servizi

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Istruzioni:
Questo test consiste in 24 item-sintomi, ciascuno dei quali valutato in una scala di 7 punti di severità, che vanno da "non presente" ad "estremamente severo". Se uno specifico sintomo non è valutato: segnare N.V. (non valutato). Cerchia il numero corrispondente alla migliore descrizione delle condizioni del paziente.

sintomi	N.V.	Non pres	moderato	Moderatamente severo	severo	Molto severo
1 Preoccupazione somatica (dismorfofobia)				5	6	7
2 Ansia						
3 Depressione						
4 Pensiero						
5 S						

Y02B - Mr C

Item

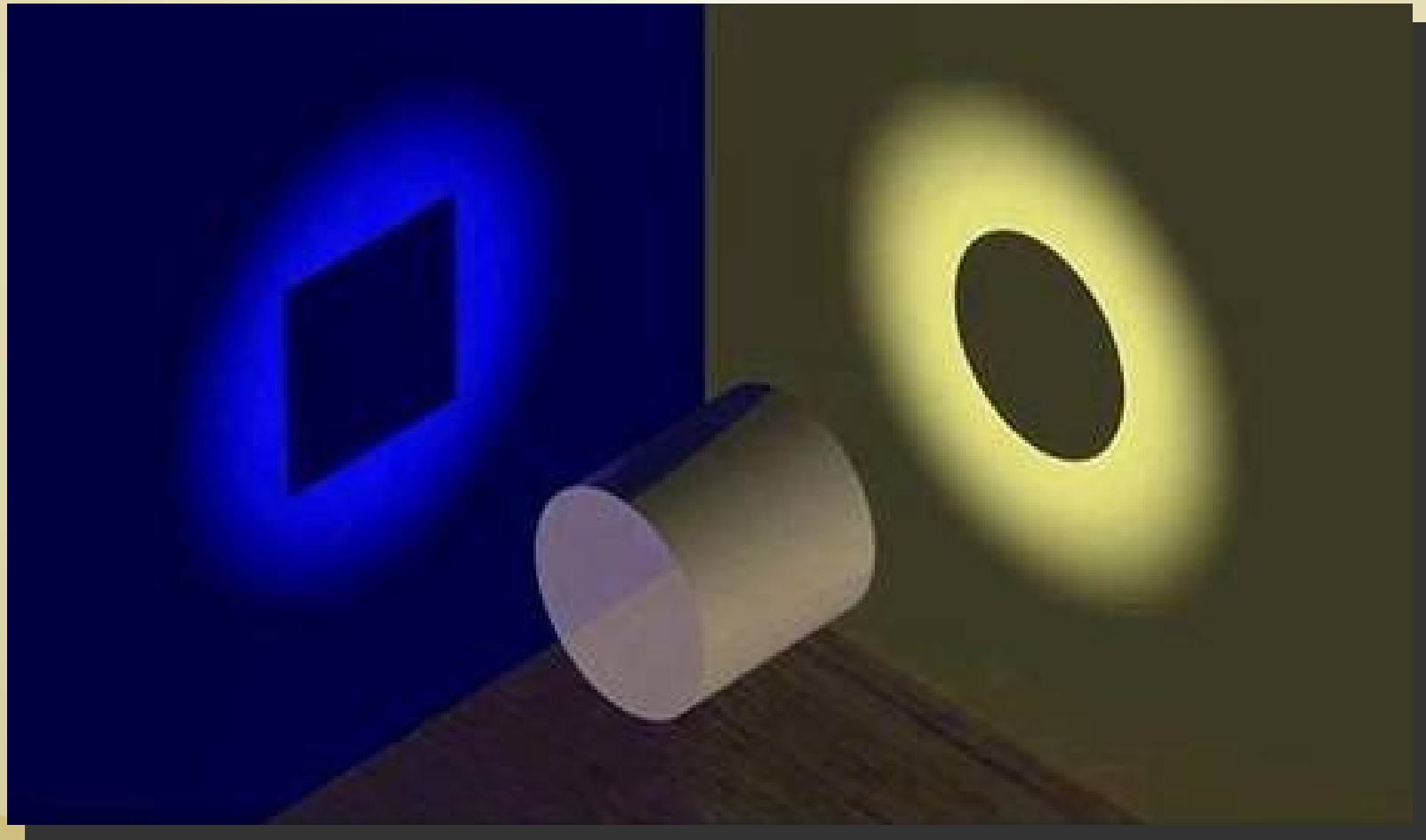
texte Item

Item	1	2	3	4
23 Le dialogue porte sur un thème spécifique.	4	3	4	4
33 Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	4	4	3	3
13 Le patient est animé ou excité.	4	2	4	3
63 Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	4	4	1	4
69 La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	2	4	3	4
98 Le thérapeute clarifie, rédit ou reformule ce que dit le patient.	3	4	4	1
65 Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportements récurrents dans l'expérience ou la conduite du patient.	1	4	3	4
92 Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.	3	3	3	2
26 Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).	2	3	4	2
62 Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	4	1	2	3

From Ventura, Green, Shaker & Liberman (1993). Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift buster" International Journal of Methods in Psychiatric Research.

Strategie per la valutazione di esito

- **Multidimensionalità**



Strategie per la valutazione di esito

- **Multiassialità**

gli esiti degli interventi sono misurati considerando i diversi punti di vista dei soggetti coinvolti nel processo di cura (pazienti, operatori, familiari, ecc...).

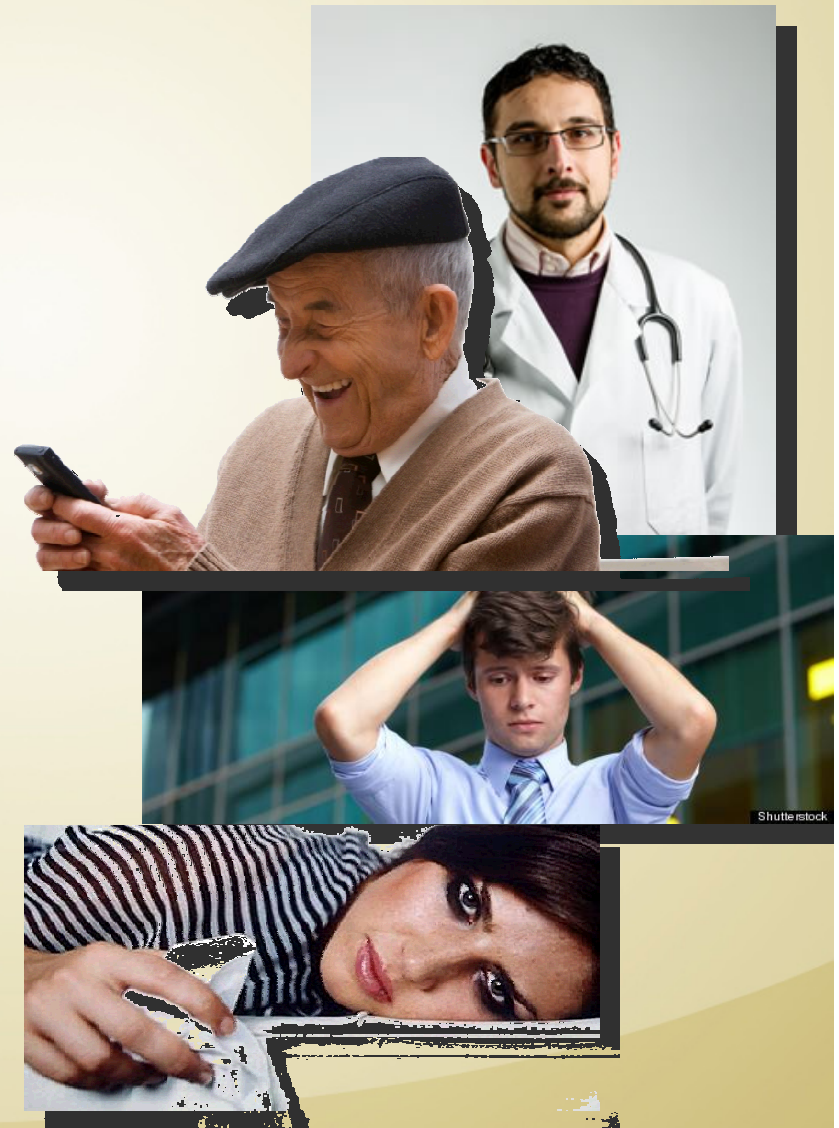


Strategie per la valutazione di esito

- **Multiassialità**

Nel corso degli anni si è affermato anche il criterio della multiassialità delle valutazioni, che **mette in discussione il ruolo del valutatore indipendente** come unico giudice dell'esperienza del paziente e sottolinea l'impossibilità di ottenere misure univoche ed obiettive.

Questa riflessione ha portato a ricercare strategie non tanto in grado di ottenere valutazioni sempre più "obiettive", quanto invece **capaci di integrare diversi punti di vista** soggettivi (paziente, familiari, operatori) e favorire la standardizzazione della raccolta dei dati nell'attività clinica ordinaria.



Strategie per la valutazione di esito

- **Multiassialità**

In base a queste considerazioni si può affermare che, nelle fasi mature dei progetti, è necessario soprattutto **introdurre il confronto con la valutazione dei pazienti**. Una diversa ottica di valutazione può in effetti influenzare positivamente il processo terapeutico, consentendo un arricchimento dei modelli di intervento e una maggiore capacità di raggiungere risultati efficaci.



Strategie per la valutazione di esito

- **Multiassialità**

MI STA
AUMENTANDO
L'AUTOSTIMA,
LUISA.

STAI
PERDENDO
LA MEMORIA.



Strategie per la valutazione di esito

- **Longitudinalità**

misurazioni degli esiti ripetute e protratte nel tempo



Ruggeri e Lasalvia, 2003

Progetto Outcome

ANTONIO LASALVIA, MIRELLA RUGGERI

Il Progetto Outcome, è uno studio naturalistico e longitudinale condotto presso il Servizio Psichiatrico Territoriale (SPT) di Verona-Sud

rappresenta il primo tentativo, sia in campo nazionale che internazionale, di ricavare dati utili per la valutazione "sul campo" dell'efficacia degli interventi forniti dai servizi di salute mentale

tra gli aspetti innovativi del Progetto va segnalata la particolare enfasi posta sulle variabili che valutano l'esito dal punto di vista del paziente

I punti salienti messi in luce:

- 1) i pazienti rappresentano “partner” affidabili degli operatori sia nella pianificazione, che nella valutazione dell'efficacia degli interventi
- 2) nel valutare l'esito è necessario prendere in considerazione sia la prospettiva dello staff curante che di quella dei pazienti
- 3) valutare l'esito considerando soltanto le variabili cliniche fornisce una immagine incompleta e parziale dell'efficacia di un intervento

I punti salienti messi in luce:

4) la diagnosi psichiatrica possiede una utilità prognostica limitata quando si valutano gli esiti dal punto di vista del paziente

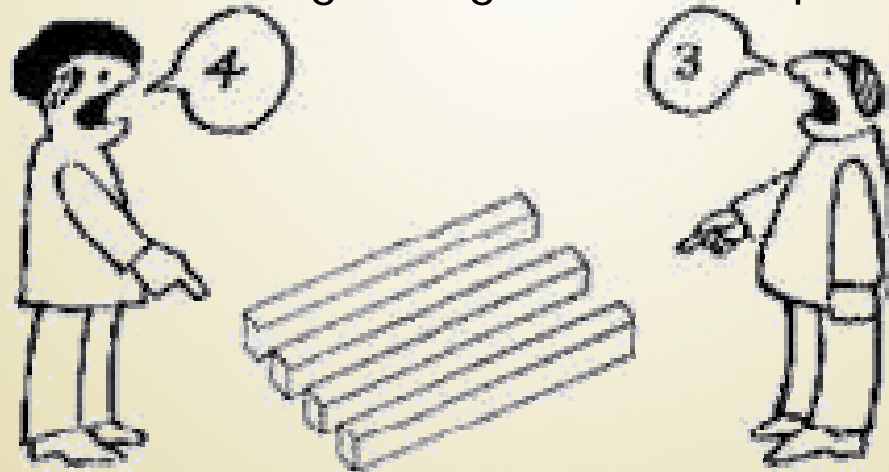
5) una buona capacità degli operatori di cogliere gli specifici bisogni dei pazienti contribuisce a migliorare gli esiti degli interventi

6) soddisfare i bisogni di cura dei pazienti contribuisce a migliorare la qualità della vita

7) contrastare la cronicità migliora nei pazienti psicotici la qualità della vita.

Accordo sui bisogni

Perseguire un buon accordo sulla percezione dei bisogni tra utenti e staff non rappresenta soltanto un valore in sé (etico, deontologico e di metodo), ma costituisce anche un **“ingrediente” fondamentale per il raggiungimento di risultati favorevoli** in termini di salute guadagnata o recuperata



... proprio quei pazienti risultati maggiormente “in sintonia” con i propri curanti rispetto alla percezione dei bisogni tendono a manifestare nel corso del tempo un esito migliore

Accordo sulla percezione dei bisogni tra pazienti e staff curante

Consapevoli del fatto che pazienti e staff curante sono portatori di punti di vista diversi si è esplorata la percezione dei bisogni dei pazienti e dei rispettivi operatori di riferimento, per verificare se, ed in che misura, **le singole coppie pazienti-operatori concordavano o meno** riguardo alla presenza e all'entità di una condizione di bisogno

Pazienti e staff curante hanno mostrato una **percezione sostanzialmente sovrapponibile del grado di problematicità complessiva**, dal momento che il numero medio di bisogni riportato dai due gruppi risultava pressoché simile (poco più di 3 bisogni);

Accordo sulla percezione dei bisogni tra pazienti e staff curante

Tuttavia, mentre i pazienti erano portati a ritenere che tali bisogni fossero prevalentemente **insoddisfatti** (situazioni cioè ritenute critiche dal paziente e per le quali nessuno – né familiari, né servizi - era sino ad allora intervenuto per tentare di porre rimedio), **lo staff era maggiormente incline a considerare tali bisogni come soddisfatti** (cioè situazioni problematiche per le quali era stato fornito un qualche tipo di aiuto in virtù del quale la criticità aveva cessato di produrre i suoi effetti negativi).



Accordo sulla percezione dei bisogni tra pazienti e staff curante

L'analisi delle aree considerate maggiormente problematiche ha evidenziato **un'agenda delle priorità significativamente diversa** tra pazienti ed operatori:

infatti, mentre i primi tendevano più frequentemente a riportare **bisogni legati a questioni di tipo pratico** e alla vita di tutti i giorni (per es. informazioni sul disturbo e sui trattamenti, sussidi e benefici economici, gestione degli impulsi autolesivi, alimentazione, problemi legati alla vita di coppia, gestione del denaro),

i secondi tendevano a focalizzare la propria attenzione principalmente su **problematiche inerenti la sfera sanitaria** (per es. salute fisica, sintomi riconducibili a vissuti ansiosi e depressivi, gestione dell'igiene personale, sintomi psicotici).

Accordo sulla percezione dei bisogni tra pazienti e staff curante

L'analisi dell'accordo tra le coppie paziente-operatore ha poi indicato che **staff e pazienti tendono ad avere una percezione alquanto diversa sia rispetto al fatto che un bisogno sia presente, sia che tale bisogno sia soddisfatto o meno.**



Accordo sulla percezione dei bisogni tra pazienti e staff curante

Le aree in cui è stato registrato **il livello di accordo più basso** sono state **quelle che esplorano gli aspetti più intimi della vita dei pazienti** (disagio psicologico, vita sessuale, vita di relazione, vita di coppia). Inoltre, i più bassi livelli di accordo tendevano a manifestarsi nel caso dei pazienti maggiormente compromessi dal punto di vista del funzionamento.



Clausola valutativa dei progetti regionali e diffusione dei risultati



Focalizzazione dell'attività di valutazione su specifici **target di utenza** (percorsi di rilievo regionale), iniziando da:

- ✦ esordi psicotici
- ✦ disturbi gravi della personalità
- ✦ disturbi del comportamento alimentare.

Clausola valutativa dei progetti regionali e diffusione dei risultati

L'impegno dei coordinatori dei gruppi tecnici e dei partecipanti ai tavoli di lavoro regionali, è quello di inserire, **all'interno dei progetti, una attività di valutazione degli esiti (outcome).**

L'attività di valutazione deve prevedere:

- **modello**
- **fasi**
- **tempistica**
- **strumenti utilizzati**
- **riferimenti scientifici/linee guida di riferimento**

Finalità e obiettivi del programma

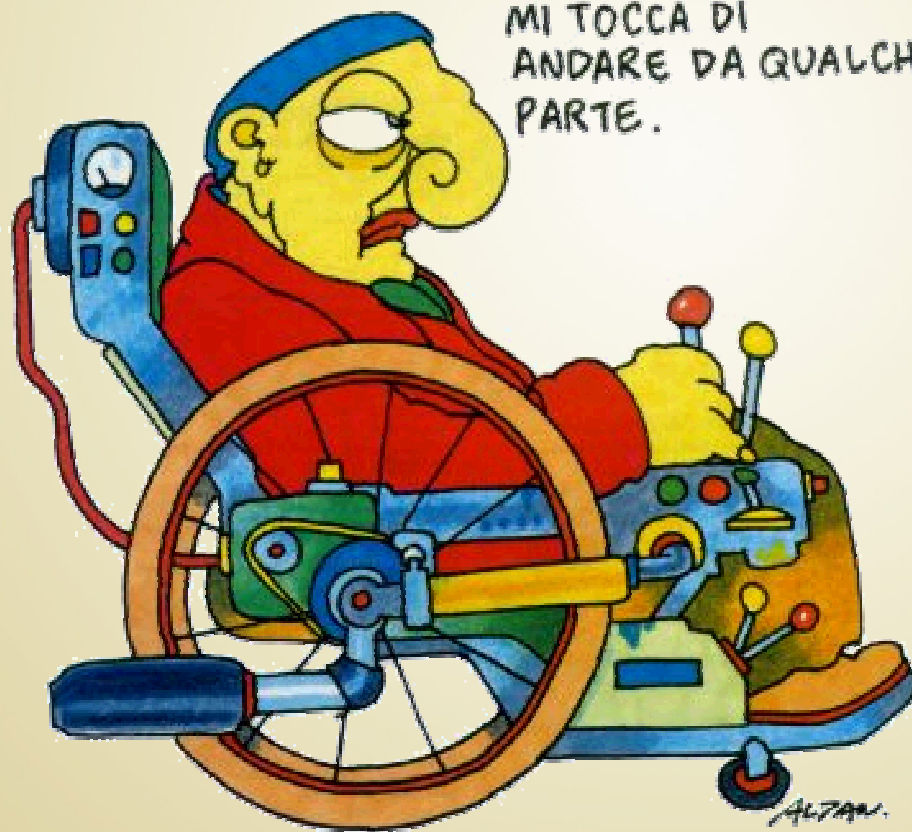
Il seguente Programma ha la finalità di **sviluppare la valutazione dell'esito nei servizi**, allo scopo di sostenere i progetti e le azioni volte al miglioramento della qualità dei servizi.

Gli obiettivi da raggiungere con il seguente progetto sono:

- **individuare le modalità per l'applicazione** della valutazione d'esito su specifici target di utenza;
- **garantire la continuità dei percorsi valutativi**, attraverso la costituzione di gruppi di esperti e coordinatori regionali
- **erogare percorsi formativi** per facilitare lo sviluppo della cultura della valutazione e l'utilizzo degli strumenti
- **valorizzare le eccellenze**

Azioni da realizzare nel primo biennio 2014-2015

MALEDETTA
TECNOLOGIA: ADESSO
MI TOCCA DI
ANDARE DA QUALCHE
PARTE.



1. Costituzione Gruppo regionale di programmazione valutazione esiti DSM-DP

Ha valenza strategica e programmatica nello sviluppo della valutazione di esito a livello regionale. Le competenze devono orientarsi sugli **aspetti programmatici a medio e lungo termine**.

Compito di garantire:

- la **continuità e la coerenza dei processi** e delle pratiche di valutazione dell'esito
- la definizione degli **ambiti prioritari** da sottoporre annualmente a valutazione d'esito
- la **trasparenza** del processo valutativo
- la **restituzione dei risultati** ai Dipartimenti regionali

2. Costituzione rete regionale esperti sulla valutazione esiti

Ha compiti implementativi e organizzativi. I componenti del gruppo dovranno essere fondamentalmente dei coach con compiti di:

- facilitare i processi di valutazione
- verificare nelle singole AUSL la fattibilità di progetti aziendali
- raccogliere e rielaborare le criticità inerenti la valutazione
- esercitare competenze organizzative e formative
- fornire indicazioni tecnico-organizzativo per l'implementazione della valutazione di esito nei progetti regionali
- seguire l'implementazione dei progetti regionali di valutazione dell'esito a livello locale
- garantire la restituzione dei risultati dei progetti regionali alle équipe locali
- assicurare la scientificità/neutralità/indipendenza delle valutazioni.

2. Costituzione rete regionale esperti sulla valutazione esiti

Per tale motivazione si ritiene utile che gli esperti siano inseriti **negli staff dei rispettivi Dipartimenti**, o comunque abbiano piena conoscenza dell'assetto organizzativo complessivo dei servizi.

Per le AUSL di maggiore dimensioni (AUSL Romagna, AUSL Bologna, AUSL Modena,) è possibile prevedere più esperti come componenti del gruppo.

3. Corso di formazione per la rete regionale esperti sulla valutazione esiti



Un partecipante per AUSL dovrà essere un componente della rete regionale esperti sulla valutazione esiti.

4. Attivazione della valutazione per i programmi-percorsi a valenza regionale

I Gruppi di lavoro dei sottoindicati programmi o percorsi di livello regionale dovranno definire entro il 2014 modelli, strumenti e tempistica per la realizzazione della valutazione:

- **disturbi del comportamento alimentare**
- **esordi psicotici**
- **gravi disturbi della personalità**

5. Valorizzazione delle eccellenze e delle buone pratiche

Nel biennio 2014-2015 è previsto il supporto a uno/due progetti locali **già in fase di realizzazione** nelle AUSL e finalizzati alla valutazione d'esito. Tali progetti saranno indicati dai Direttori di DSM-DP.



Grazie per l'attenzione