



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"

DISCLOSURE INFORMATION

Io sottoscritta Susanna Zanini

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

Io sottoscritta Matilde Fenino

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

IL SERVIZIO TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE E I CAREGIVER: IL GRUPPO FAMILIARI TIME LIMITED DEL CPS DI NIGUARDA.

Zanini S.¹⁻², Fenino M. F.¹⁻², Gatti G.¹⁻², Morganti C.², Mazza U.¹

1 S.S.D. Psicologia Clinica, D.S.M.D., A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda-Milano

2 S.C. Psichiatria 1, D.S.M.D., A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda-Milano

Modello psicoeducativo e psicoterapeutico di riferimento

- Intervento di gruppo per familiari time-limited, a matrice ibrida psicoeducativa (modello integrato cognitivo – comportamentale, Falloon 1992; recovery, Liberman 2012) e psicoterapeutica (domanda-stimolo proattiva, Gislou 2011).

Obiettivi

1. Offrire elementi di conoscenza della psicopatologia e delle cure
2. Incrementare le competenze di comunicazione in famiglia e con il paziente
3. Identificare e rinforzare le competenze per affrontare i problemi correlati alla psicopatologia e allo stress
4. Modificare comportamenti non funzionali

Criteri di esclusione:

- Presenza di deficit cognitivi
- Disturbo psicopatologico non stabilizzato

Assessment:

- PSS - Scala per lo stress percepito (Perceived Stress Scale; Sheldon Cohen, 1983, 1988)
- QPF - Questionario sui problemi familiari (Morosini et al., 1991)
- COPE-NVI - Coping Orientation to Problems Experienced (Sica et al., 2008)
- MoCA - Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine, 2005) se ipotesi deficit cognitivo

Valutazioni:

T0 = baseline

T1 = alla fine del gruppo (a 2 mesi dalla baseline)

T2 = follow-up (a 6 mesi dalla baseline)

Incontri:

Numero di incontri: 8

Cadenza: settimanale

Durata: 90 minuti

Gli incontri psicoeducativi sono suddivisi in parte teorica e pratica con esercitazioni anche in piccoli gruppi.

Programma degli incontri

- 1) Regole del gruppo e presentazione
- 2) Saper ascoltare: l'ascolto attivo
- 3) La comunicazione efficace
- 4) Il modello bio-psico-sociale
- 5) Il continuum salute – malattia e il recovery
- 6) Il metodo del problem solving
- 7) Distress e coping
- 8) Servizi del DSMD e prassi di cura

Domande-stimolo e dispense

- Al termine degli incontri, veniva lasciata una domanda-stimolo riguardante il tema che sarebbe stato trattato durante l'incontro successivo.

Esempio: quando incontrate problemi con il vostro familiare, come li affrontate?

- Sono inoltre state consegnate ai familiari delle dispense con la sintesi dei temi trattati e, per la parte pratica, il report dell'esercitazione di gruppo.

Esempio di dispensa con esercitazione sul problem solving

PROBLEM SOLVING Esempio: aderenza alla farmacoterapia

TAPPA 1 - Individuare la situazione problematica

- Avere la sicurezza che il farmaco sia stato assunto
- Rispettare gli orari di assunzione del farmaco

TAPPA 2 - Esprimere tutte le soluzioni potenziali

- Parlare con un amico
- Rafforzare i benefici espressi
- Avvisare su effetti indesiderati
- Affidarsi ad una terza persona (familiare, badante, servizio di cura)
- Responsabilizzare il paziente
- Puntare sveglie
- Adattare la farmacoterapia ai tempi di vita
- Controllare le scorte
- Ricordare l'orario
- Preparare il porta pillole

TAPPA 3 - Valutare ogni alternativa emersa e la sua fattibilità

Per ogni possibile soluzione si elencano i **pro** e i **contro**. Ad esempio per la soluzione *parlare con un amico* i pro possono essere: la condivisione dell'esperienza e il rispecchiamento. I contro possono essere: la poca conoscenza che l'amico può avere della malattia, la falsa informazione e lo stigma.

TAPPA 4 - Scegliere la soluzione realizzabile per la particolare situazione

Affidare il controllo dell'assunzione del farmaco al familiare quando il paziente è in una fase critica.

TAPPA 5 - Elaborare un piano (tempi e ruoli) per la realizzazione della soluzione

Che cosa faccio ed entro quando

- Monitoraggio diretto del familiare per 2 settimane
- Azioni: recarsi in farmacia e verificare l'assunzione del farmaco

TAPPA 6 - Verificare l'andamento e aprirsi ad eventuale nuova soluzione dalla tappa 4

- Se il paziente accetta la guida del familiare si prosegue valutando la graduale responsabilizzazione del paziente
- Se il paziente rifiuta la guida del familiare ci si riferisce al curante

Gruppo familiari CPS via Girola

Scheda 4. PROBLEM SOLVING (gruppo familiari CPS Girola 1/2022)

PROBLEM SOLVING

- TAPPA 1 - Individuare la situazione problematica
- TAPPA 2 - Esprimere tutte le soluzioni potenziali
- TAPPA 3 - Valutare ogni alternativa emersa e la sua fattibilità
- TAPPA 4 - Scegliere la soluzione realizzabile per la particolare situazione
- TAPPA 5 - Elaborare un piano (tempi e ruoli) per la realizzazione della soluzione
- TAPPA 6 - Verificare l'andamento e aprirsi ad eventuale nuova soluzione dalla tappa 4

Il seguente esempio è solo a titolo esemplificativo ed è riferito all'esercitazione fatta in gruppo.

PROBLEM SOLVING
Esempio: aderenza alla farmacoterapia

TAPPA 1 - Individuare la situazione problematica

- Avere la sicurezza che il farmaco sia stato assunto
- Rispettare gli orari di assunzione del farmaco

TAPPA 2 - Esprimere tutte le soluzioni potenziali

- Parlare con un amico
- Rafforzare i benefici espressi
- Avvisare su effetti indesiderati
- Affidarsi ad una terza persona (familiare, badante, servizio di cura)
- Responsabilizzare il paziente
- Puntare sveglie
- Adattare la farmacoterapia ai tempi di vita
- Controllare le scorte
- Ricordare l'orario
- Preparare il porta pillole

TAPPA 3 - Valutare ogni alternativa emersa e la sua fattibilità

Per ogni possibile soluzione si elencano i pro e i contro. Ad esempio per la soluzione *parlare con un amico* i pro possono essere: la condivisione dell'esperienza e il rispecchiamento. I contro possono essere: la poca conoscenza che l'amico può avere della malattia, la falsa informazione e lo stigma.

TAPPA 4 - Scegliere la soluzione realizzabile per la particolare situazione

Affidare il controllo dell'assunzione del farmaco al familiare quando il paziente è in una fase critica.

TAPPA 5 - Elaborare un piano (tempi e ruoli) per la realizzazione della soluzione

Che cosa faccio ed entro quando

- Monitoraggio diretto del familiare per 2 settimane
- Azioni: recarsi in farmacia e verificare l'assunzione del farmaco

TAPPA 6 - Verificare l'andamento e aprirsi ad eventuale nuova soluzione dalla tappa 4

- Se il paziente accetta la guida del familiare si prosegue valutando la graduale responsabilizzazione del paziente
- Se il paziente rifiuta la guida del familiare ci si riferisce al curante

Dati socio-demografici e clinici del gruppo alla baseline (T0)

Caregiver

N. familiari partecipanti: 14

Età media: 60 aa.

71 % femmine

29 % maschi

Titolo di studio:

29 % medie superiori

24 % diploma

47 % laurea

Grado di parentela:

53 % madre

23 % padre

18 % fratelli e sorelle

6 % figlia

Pazienti

N. pazienti: 10

Età media: 39 aa.

Età minima: 24 aa.

Età massima: 62 aa.

46% femmine

54% maschi

Diagnosi dei pazienti:

46 % psicosi (F2)

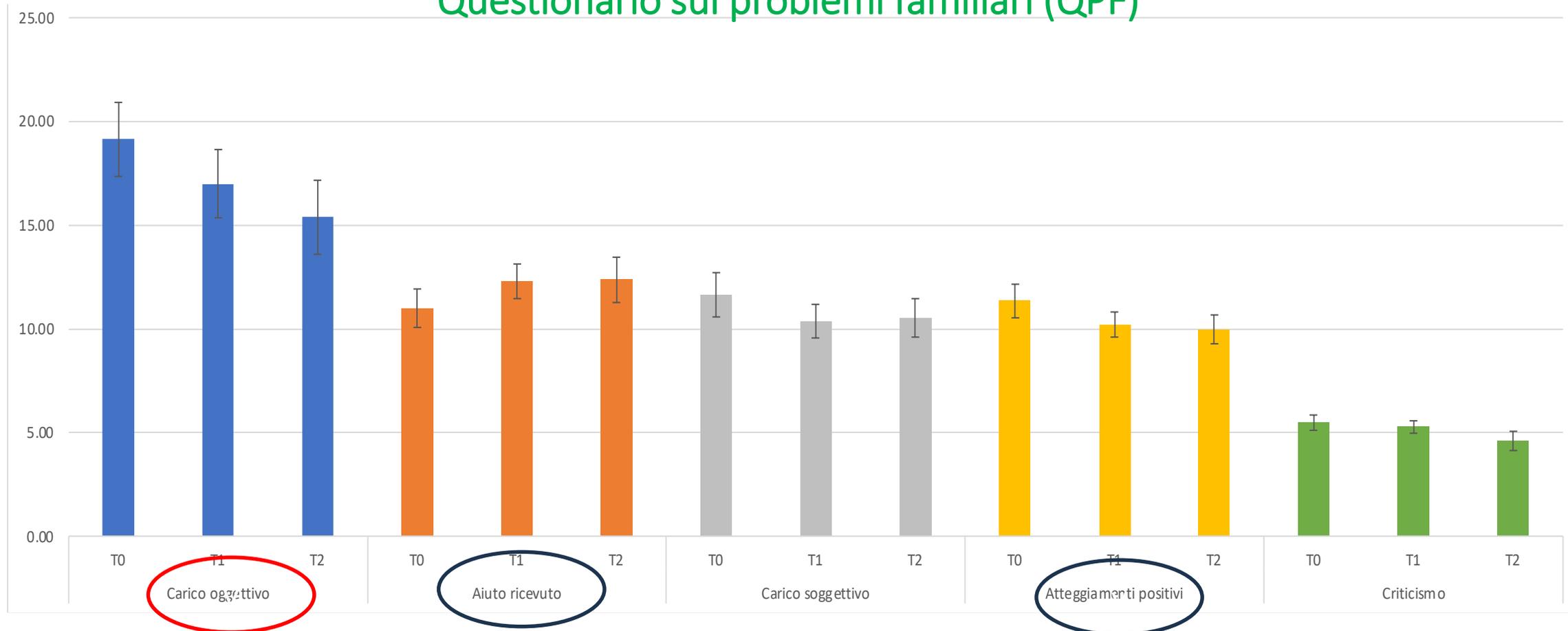
15 % disturbi affettivi (F3)

8 % disturbi di personalità (F6)

31 % doppia diagnosi (F3/F6)

Risultati dei test: confronto T0 - T1 - T2

Questionario sui problemi familiari (QPF)

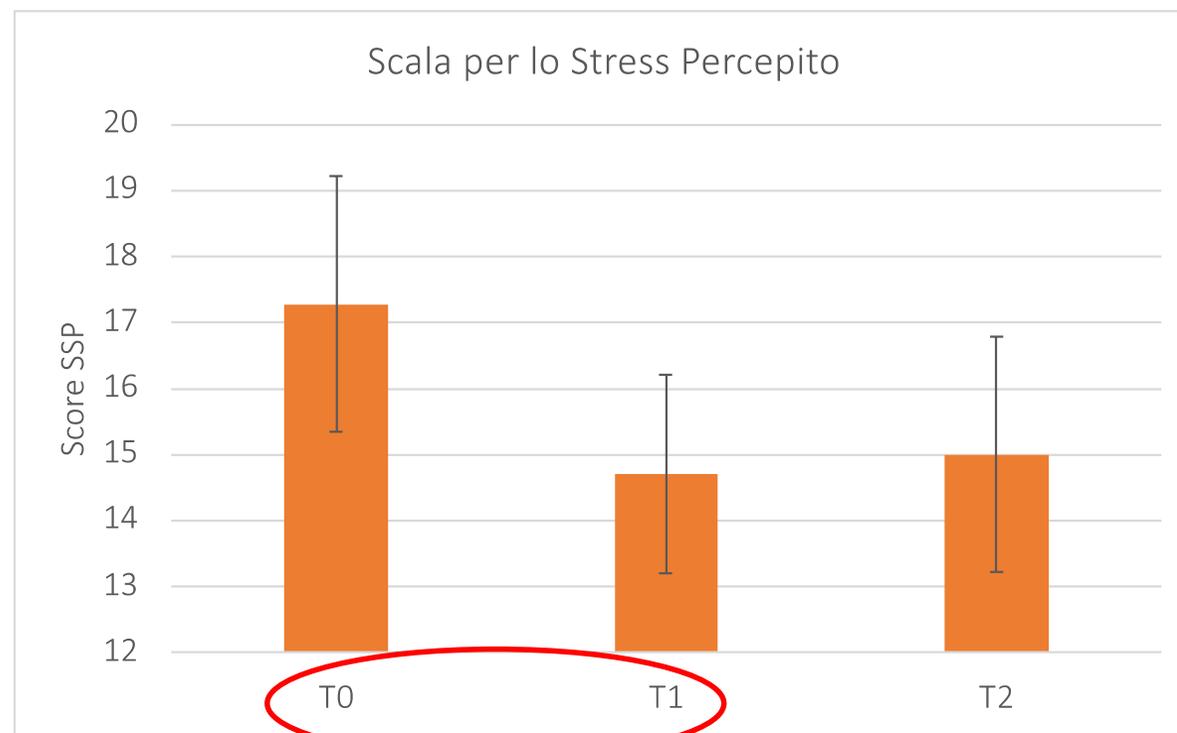


T0: Valutazione eseguita prima di iniziare i gruppi (baseline)

T1: Valutazione eseguita subito dopo la fine degli 8 incontri gruppo (a 2 mesi dalla baseline)

T2: Valutazione eseguita dopo 3 mesi dalla fine del gruppo (a 6 mesi dalla baseline)

Risultati dei test: confronto T0 - T1 - T2 Scala per lo Stress Percepito (PSS)



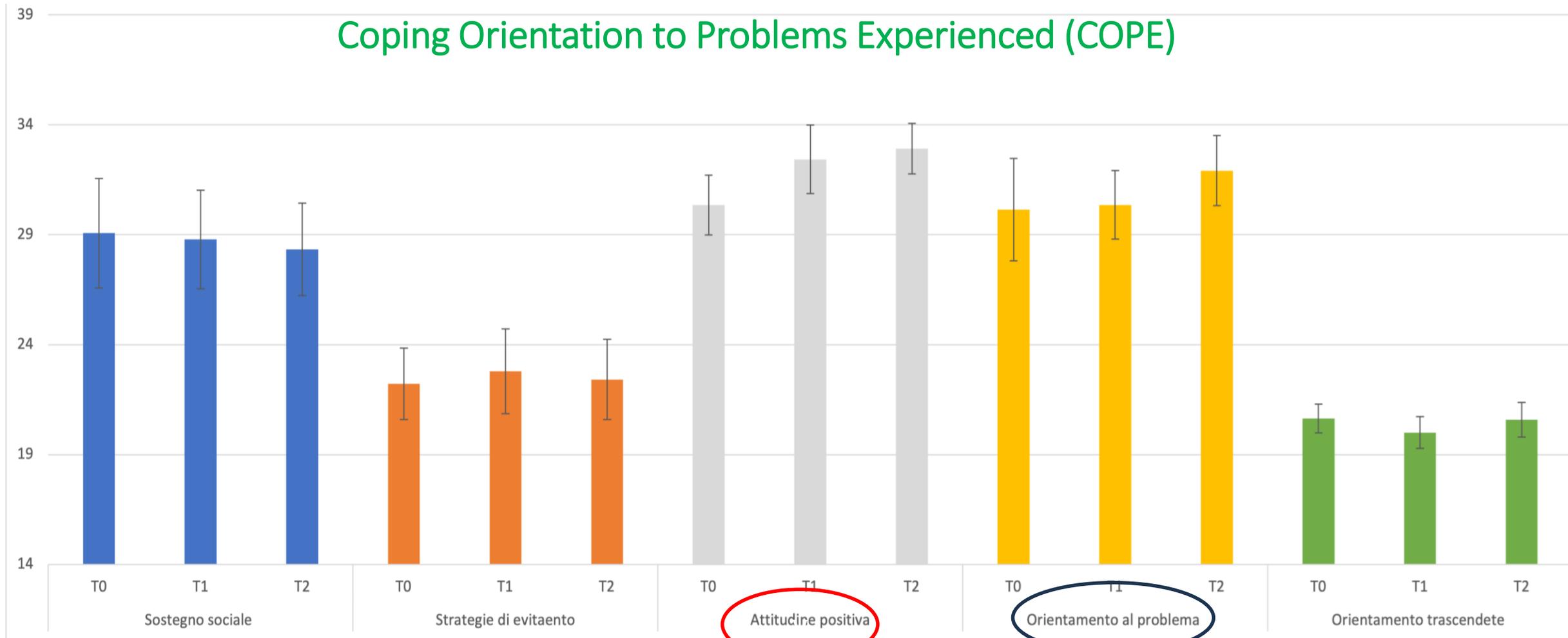
T0: Valutazione eseguita prima di iniziare i gruppi (baseline)

T1: Valutazione eseguita subito dopo la fine degli 8 incontri gruppo (a 2 mesi dalla baseline)

T2: Valutazione eseguita dopo 3 mesi dalla fine del gruppo (a 6 mesi dalla baseline)

Risultati dei test: confronto T0 - T1 - T2

Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)



T0: Valutazione eseguita prima di iniziare i gruppi (baseline)

T1: Valutazione eseguita subito dopo la fine degli 8 incontri gruppo (a 2 mesi dalla baseline)

T2: Valutazione eseguita dopo 3 mesi dalla fine del gruppo (a 6 mesi dalla baseline)

Report per i familiari e per gli operatori

- Nell'incontro di follow-up sono stati consegnati ai familiari i report con i risultati dei test e sono stati approfonditi i risultati emersi con colloqui individuali a richiesta.
- Copia del report è stata inserita nella cartella del paziente, in modo che fosse disponibile anche ai curanti di riferimento.
- I risultati emersi e la restituzione sull'andamento del gruppo sono stati inoltre condivisi in occasione dell'équipe multidisciplinare del Servizio.

Esempio di report per singolo familiare

Dati relativi alla partecipazione al gruppo:

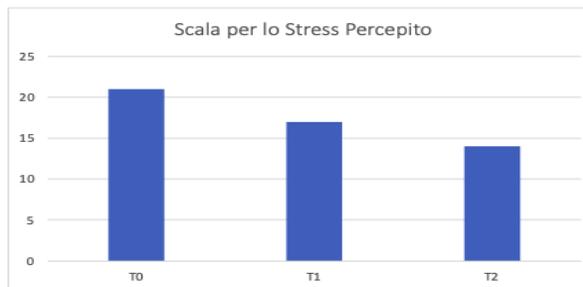
- frequenza
- modalità
- variazione situazione clinica del paziente
- fattori esterni intervenienti

Report dei test somministrati in TO – T1 – T2

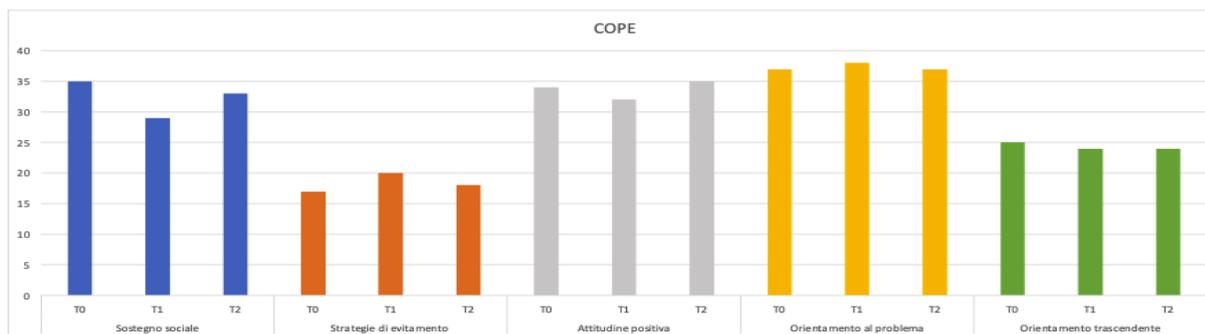


Report test somministrati all'inizio (T0), alla fine (T1) e al follow up (T2) del Gruppo familiari

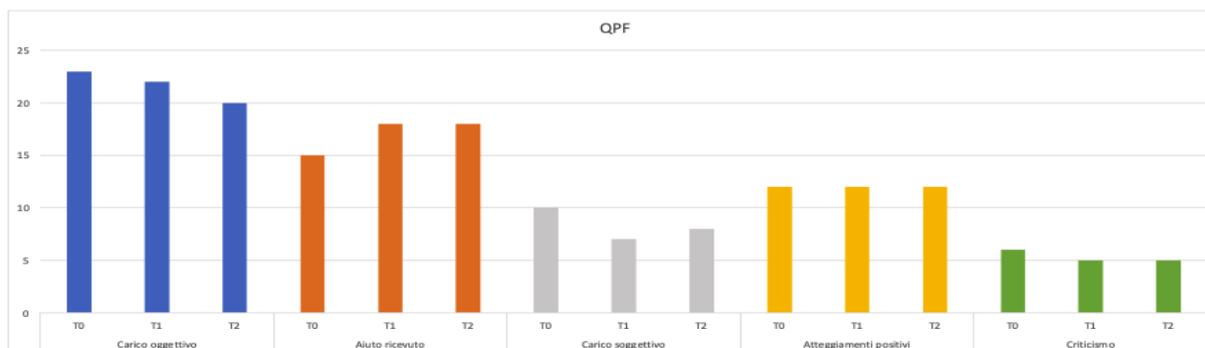
1. Scala per lo Stress Percepito



2. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)



3. Questionario sui problemi familiari (Q.P.F.)



Discontinuità e drop out

- Sono risultati 3 drop out per i quali sono stati indagati i fattori esterni intervenienti, la variazione della situazione clinica dei familiari e la specificità del caso.
- È stata data la possibilità a questi familiari di avere un momento di confronto e un feedback personalizzato.

Risultati

- I primi dati raccolti mostrano una riduzione del livello di stress alla fine del gruppo e al follow up rispetto alla baseline; si osserva inoltre una diminuzione del carico oggettivo.
- I familiari sembrano aver beneficiato dell'intervento in termini di engagement nel sistema di cura del Servizio.
- Il confronto con l'esperienza di altri caregiver nel contesto di gruppo potrebbe aver facilitato l'aumento dei livelli di speranza e attitudine positiva nel fronteggiamento dei distress percepiti.

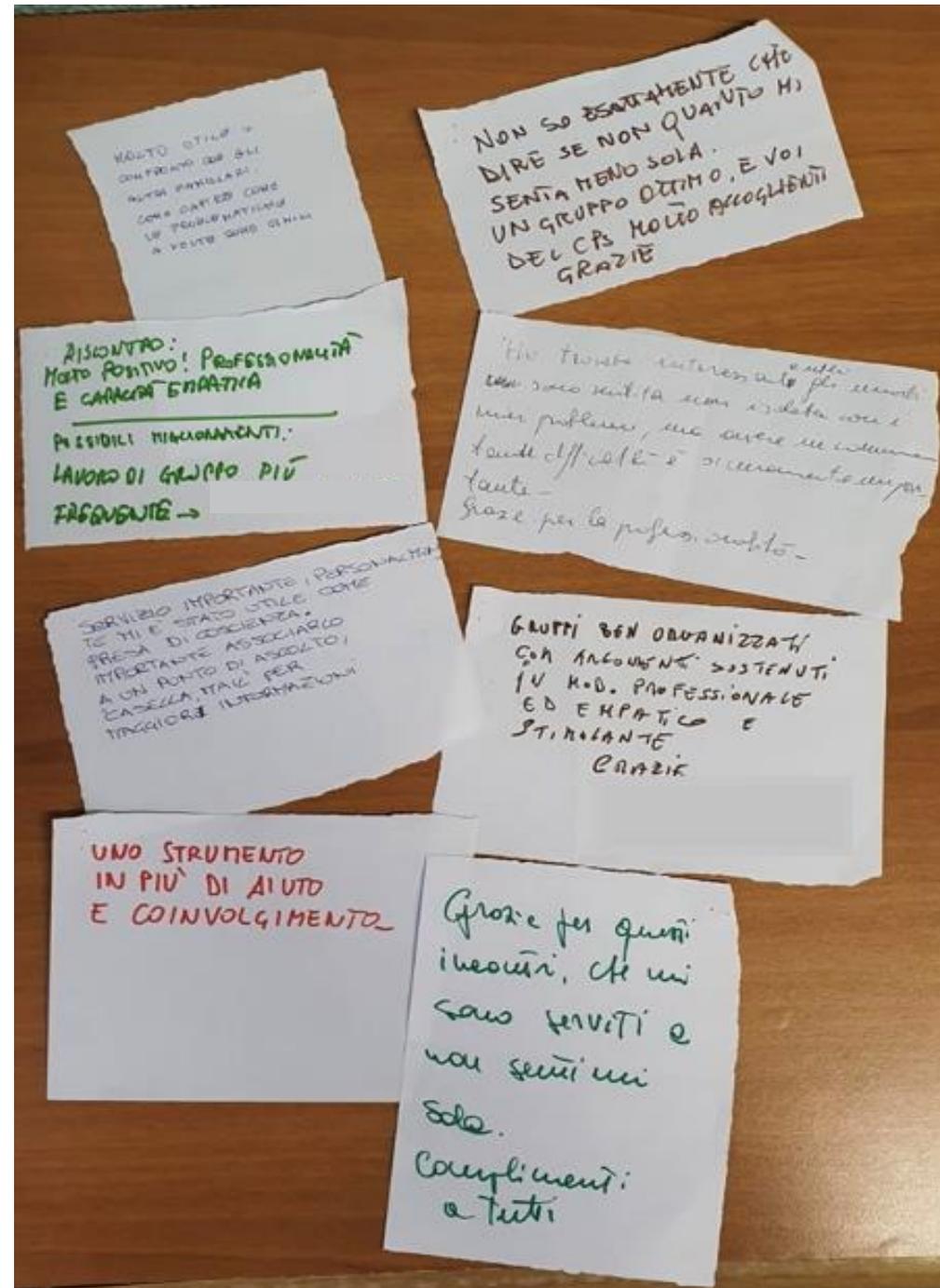
Conclusioni

In conclusione, i risultati sono incoraggianti per riproporre il modello di intervento integrato, modificato con il potenziamento del modulo sul problem solving.

Verrà realizzato follow up T3 a due anni dalla fine degli incontri del gruppo.



Le parole dei familiari



Bibliografia

1. World Health Organization. (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030.
2. Comitato di esperti in materia economica e sociale. (2020). Iniziative per il rilancio "Italia 2020-2022".
3. Per una salute mentale di comunità. Tavolo Tecnico della Salute Mentale, documento di sintesi Ministero della Salute, Maggio 2021.
4. Carrà, G., Cazzullo, C. L., Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BioMedCentral Psychiatry*, 12, 140-148.
5. Falloon, I. (1992). Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie. Erickson.
6. Lax, A., Ornaghi, A., Bartoli, F., Carrà, G., & Clerici, M. (2014). Interventi psicoeducativi familiari nei disturbi mentali gravi: una rassegna delle principali esperienze di ricerca e di applicazione in Italia. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 10, 1-7.
7. Liberman, R. (2012). Coinvolgere le famiglie nel trattamento e nella riabilitazione. In *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Fioriti Editore.
8. Gislon, M. (2011). La resilienza nella clinica. Prevenzione e trattamento. Dialogos.
9. Santangelo, G., Siciliano, M., Pedone, R., Vitale, C., Falco, F., Bisogno, R., Trojano, L. (2015). Normative data for the Montreal Cognitive Assessment in an Italian population sample. *Neurological Sciences*, 585-591.
10. Morosini, P., Roncone, R., VeItro, F., Palomba, U., & Casacchia, M. (1991). Routine assessment tool in psychiatry: a case of questionnaire of family attitudes and burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, 95-102.
11. Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., & Altoè, G. (2008). Coping Orientation to the Problems Experiences-new Italian version (COPE-NVI). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 27-53.
12. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
13. Bramanti, D. (2012). Buone pratiche per la famiglia nella comunità. In Scabini E. & Cigoli V. (a cura di) *Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico* (197-217). Milano: Raffaello Cortina Editore.
14. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. (2019). Il ruolo dello psicologo nel piano nazionale cronicità. Quaderni CNOP.
15. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. (2017). Ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza. Task Force sui LEA.

Grazie!

szanini@ospedaleniguarda.it

matilde.fenino@gmail.com