

Il Progetto GEP e le strutture del DSM: incontro o scontro?

Anna Cavicchini, Alessandra Esposito, Luisa Amato, Dario Zaccheroni, Michele Stuflesser.

Dipartimento di Salute Mentale A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento, Sesto San Giovanni e Cologno Monzese.

michele.stuflesser@icp.mi.it (telefono: 02/57999554)

Riassunto

Il presente lavoro realizzato dal Progetto GEP (Giovani E Prevenzione) analizza, attraverso una comparazione longitudinale dei risultati di un questionario di gradimento appositamente creato, se e come si è modificata nel tempo l'opinione che gli operatori strutturati hanno del progetto innovativo e delle sue modalità di lavoro.

Tali risultati mostrano come il GEP sia stato progressivamente capace di superare gran parte delle resistenze iniziali e di fare breccia nell'involucro relazionale e organizzativo dei CSM (denominati CPS in Lombardia), facilitando l'attivazione, la flessibilità, l'apertura, la comunicazione e il confronto tra gli operatori.

Rispetto al periodo iniziale, sono migliorati sia il giudizio relativo all'efficacia dell'intera gamma di prestazioni effettuate dal GEP sia l'opinione sull'utilità che la presenza del progetto ha per l'équipe di riferimento e per i pazienti e le loro famiglie. Grazie alla maggiore fiducia e disponibilità da parte del personale dei CPS nei confronti del GEP vi è stato, inoltre, un miglioramento quantitativo e qualitativo degli interventi del personale strutturato, attraverso l'ottimizzazione delle risorse e la condivisione di responsabilità e compiti.

Il GEP si è quindi contraddistinto come una presenza dinamica e flessibile in grado di fluidificare gli ingranaggi dei meccanismi della psichiatria tradizionale.

Summary

This argumentation, realised by Progetto GEP (Giovani E Prevenzione), analyzes, through a longitudinal comparison of the results of an evaluation questionnaire specifically created, if the opinion of MHCC's staff has changed about the innovative project and its working practices and eventually how.

These results show that the GEP has been able in recent years to overcome most of the initial resistance and to break through the casing relational and organizational MHCC, facilitating the activation, flexibility, openness, communication and comparison between operators.

Compared to the initial period has improved in both the opinion on the effectiveness of the full range of services provided by the GEP, both the relative usefulness opinion that the project has a reference to the team, patients and families. Due to increased trust and willingness on the part of the staff of the MHCC against the GEP there was also an improvement in the quantity and quality of interventions by the operators themselves, without an increase in workload, thanks to the optimization of sharing and division of responsibilities and tasks.

The GEP is then characterized as a dynamic presence and flexible that thin the gears of the mechanisms of traditional psychiatry.

Introduzione

Il Progetto GEP, progetto innovativo finanziato dalla Regione Lombardia (TR40), nasce nel 2006 all'interno dell'Unità Operativa di Psichiatria di Sesto San Giovanni, comprendente il Centro Psico-Sociale (CPS: denominazione lombarda del CSM) di Sesto San Giovanni e di Cologno Monzese. Si è caratterizzato fin dalla sua nascita come un piccolo gruppo interdisciplinare, flessibile ed aperto rispetto ad una condizione tendenzialmente più statica e a tratti rigida delle strutture della UOP. Oltre a queste peculiarità, il GEP può essere definito "itinerante", in grado cioè di rispondere sollecitamente alle richieste provenienti sia dal territorio che dal reparto. Attraverso questa modalità di lavoro, si è creata una rete di relazioni e contatti utile e appropriata al singolo caso all'esordio, coniugando capacità comunicative e di integrazione con competenze legate allo specifico modello teorico-tecnico. Questo processo non è stato indolore per l'équipe allargata in quanto ha comportato una serie di reazioni singole e di gruppo: da un lato, invidia, rivalità, contrapposizione e, dall'altro, scambi di opinione, spunti di riflessione e valide considerazioni. Il piccolo gruppo non strutturato ha avuto il merito non solo di fare breccia nell'involucro ristretto dei CPS ma di coinvolgerlo con il tempo in osservazioni e discussioni, favorendo nei servizi territoriali una nuova forma di apertura e di confronto altrimenti difficilmente attivabile. Inizialmente, una delle critiche maggiormente emerse riguardava il rischio che un simile gruppo non strutturato potesse acuire anziché risolvere le spinte centrifughe e frammentanti presenti nell'équipe allargata. Si assisteva talvolta ad atteggiamenti di resistenza, di rifiuto ed una riluttanza al cambiamento, spesso espressione di una vasta gamma di concause che hanno avuto bisogno di tempo e di molteplici interventi di mediazione e modulazione. Alla luce di queste riflessioni, ci è sembrato interessante indagare, attraverso una comparazione longitudinale per mezzo di un questionario creato ad hoc, se e come nel tempo si è modificata l'opinione che gli operatori strutturati hanno del progetto innovativo.

Il Progetto GEP

L'obiettivo dell'intervento del Progetto GEP consiste nell'identificazione, nella valutazione e nell'eventuale presa in carico di patologie mentali all'esordio e dei "soggetti che presentino quelle caratteristiche personali e familiari che si ritiene costituiscano un alto rischio" (Cocchi, Meneghelli, 2004). I criteri di inclusione ed esclusione seguono le Linee Guida Nazionali ed Internazionali (SLGN, 2007; NICE 2010; Australian Clinical Guidelines for early psychosis, 2010).

L'équipe multi-disciplinare, composta da tre psicoterapeuti, un'educatrice e un'assistente sociale, "si integra in un sistema preventivo-terapeutico che tiene conto, nella stessa misura, della individualità della persona e del contesto in cui è immersa" (Petruzzello, Corlito, 2012) elabora in sinergia con il personale delle strutture del DSM.

Peculiarità dell'équipe GEP è l'atteggiamento *friendly* e giovane che predilige modalità di comunicazione rapida e "di gruppo" (ad esempio, micro-équipe per le discussioni sui casi e, non essendo sempre in sede, l'utilizzo dei cellulari e delle applicazioni telefoniche come "WhatsApp"). E', inoltre, unita e compatta al suo interno ma, allo stesso tempo, aperta ad interfacciarsi, in modo flessibile e dinamico, a tutte le strutture del DSM e alle agenzie del territorio che si occupano di giovani. Infine, si può

definire "itinerante" perché, pur avendo uno spazio dedicato a Sesto San Giovanni, svolge parte delle ore di lavoro anche nel CPS di Cologno Monzese. Quando necessario, inoltre, gli operatori si recano in SPDC per un primo aggancio con i pazienti segnalati e per seguire il decorso degli eventuali ricoveri degli utenti in carico. Tale modalità di lavoro, oltre che portare il gruppo al confronto con diverse figure professionali e realtà lavorative, prevede un'organizzazione e un coordinamento tale per cui è stato necessario sviluppare le caratteristiche sopra elencate.

Ricerca

• Metodo

L'indagine si propone di analizzare la percezione che il personale dei due CPS ha del progetto innovativo. La raccolta dei dati è realizzata attraverso la doppia somministrazione (2006 - 2013) di un questionario di gradimento creato ad hoc, composto da 12 domande a risposta chiusa ed 4 a risposta aperta. Il campione è composto da 19 operatori: 5 medici psichiatri, 2 psicologhe, 9 infermieri, 2 assistenti sociali e 1 educatore professionale. In entrambe le somministrazioni, il questionario è consegnato dal personale del GEP, garantendo l'anonimato nella compilazione.

• Risultati

Nella prima somministrazione, hanno risposto al questionario il 50% degli operatori di entrambi i servizi; nella seconda, ha risposto tutto il personale di Cologno Monzese e solo il 50% di Sesto San Giovanni.

- Domanda 1: "Sei stato informato delle caratteristiche del Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 56% abbastanza, 44% ampiamente e 0% per nulla.

Seconda somministrazione: 85% ampiamente, 15% abbastanza e 0% per nulla.

- Domanda 2: "Sei a conoscenza dei criteri di inclusione dei pazienti nel Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 56% abbastanza, 44% ampiamente e 0% per nulla.

Seconda somministrazione: 85% ampiamente, 15% abbastanza e 0% per nulla.

- Domanda 3: "Dai un voto alla qualità delle informazioni ricevute"

Prima somministrazione: M = 7,94

Seconda somministrazione: M = 8,39

- Domanda 4: "Come ti è sembrata la comunicazione tra te e gli operatori del Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 45% sufficiente, 22% buona, 11% ottima e 0% scarsa; 22% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 8% sufficiente, 69% buona, 23% ottima e 0% scarsa. Nessun astenuto.

- Domanda 5: "Come ti è sembrata la comunicazione tra gli operatori del GEP e la tua équipe di riferimento?"

Prima somministrazione: 56% buona, 44% sufficiente, 0% scarsa o ottima.

Seconda somministrazione: 85% buona, 15% ottima e 0% scarsa o sufficiente.

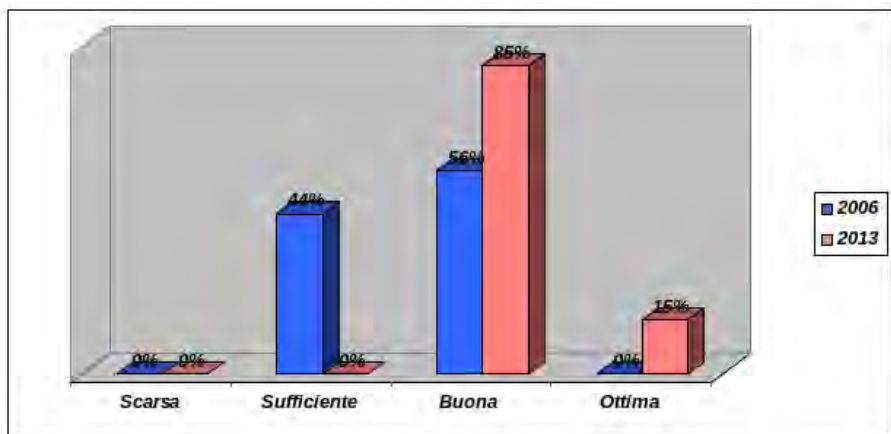


Figura 1: Percezione della qualità della comunicazione tra operatori GEP e strutturati

- Domanda 6: "Come valuti la frequenza dei momenti di incontro-scambio con gli operatori del Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 45% buona, 33% sufficiente, 11% ottima e 0% scarsa; 11% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 69% buona, 23% sufficiente, 8% ottima e 0% scarsa.

- Domanda 7: "Come valuti la psicoterapia individuale effettuata dal Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 33% buona, 11% sufficiente e 0% ottima o scarsa; 56% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 92% buona, 8% ottima e 0% sufficiente o scarsa. Nessun astenuto.

- Domanda 8: "Come valuti la psicoeducazione alle famiglie effettuata dal Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 33% buona, 22% sufficiente e 0% scarsa o ottima; 45% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 69% buona, 15% ottima, 8% sufficiente e 0% scarsa; 8% del campione non ha risposto alla domanda.

- Domanda 9: "Come valuti i gruppi del Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 56% buona, 11% sufficienti e 0% scarsi o ottimi; 33% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 77% buona, 15% ottimi e 0% sufficienti o scarsi; 8% del campione non ha risposto alla domanda.

- Domanda 10: "Come valuti l'intervento educativo del Progetto GEP?"

Prima somministrazione: 56% buono, 22% ottimo e 0% scarso o sufficiente; 22% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 69% buono, 15% sufficiente, 8% ottimo e 0% scarso; 8% del campione non ha risposto alla domanda.

- Domanda 11: "La presenza del Progetto GEP ti è sembrata un'esperienza utile per te e per la tua équipe di riferimento?"

Prima somministrazione: 56% sì e 22% no; 22% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 92% sì e 0% no; 8% del campione non ha risposto alla domanda.

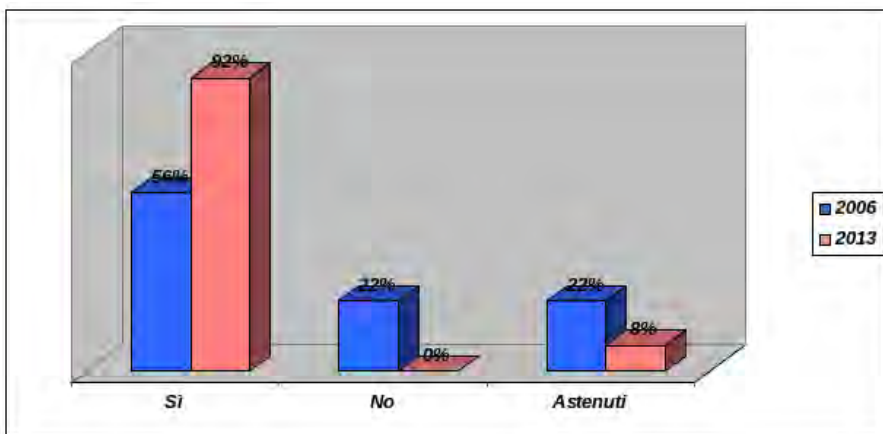


Figura 2: Percezione dell'utilità del Progetto GEP per i CPS

- Domanda 12: "La presenza del Progetto GEP ti è sembrata un'esperienza utile per i pazienti e le loro famiglie?"

Prima somministrazione: 67% sì e 0% no; 33% del campione non ha risposto alla domanda.

Seconda somministrazione: 92% sì e 0% no; 8% del campione non ha risposto alla domanda.

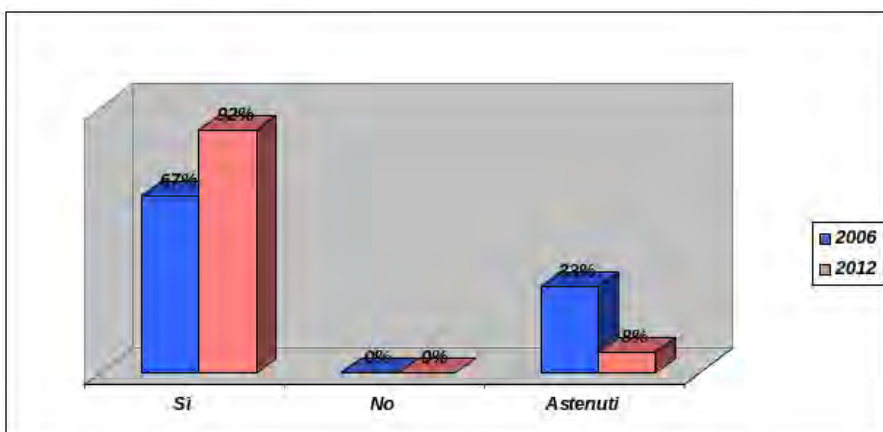


Figura 3: Percezione dell'utilità del Progetto GEP per pazienti e famiglie

Di seguito, vengono riportate alcune delle risposte più significative alle domande aperte.

- *"Elenca i punti di forza del Progetto GEP".*

Prima somministrazione: "Cerca di coprire in pieno le esigenze del paziente", "Personalizzazione della relazione terapeutica, intervento di contrasto alla cronicizzazione, incremento delle risorse preesistenti", "Maggiore disponibilità di tempo e risorse per i giovani, intervento integrante diverse figure professionali".

Seconda somministrazione: "Forte motivazione degli operatori ed attenzione puntuale nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie, costruzione di progetti che prevedono un'articolazione di interventi rispettosa della globalità delle persone e non uno sguardo al solo essere pazienti", "Tempistica del primo incontro più veloci, flessibilità degli orari".

- *"Elenca i punti deboli del Progetto GEP":*

Prima somministrazione: "Scarso confronto con gli altri servizi della UOP", "Scarsa informazione ed integrazione con i CPS", "Sarebbe utile un numero maggiore di ore".

Seconda somministrazione: "Dare maggiore continuità all'intervento senza periodi di incertezza e di insicurezza rispetto ai contratti degli operatori", "Mancanza di spazi anche a Cologno Monzese per un maggior radicamento sul territorio", "Insufficienti ore lavorative per gli operatori".

- *"Il Progetto GEP ti è sembrato un'esperienza utile per te e la tua équipe di riferimento?"*

Prima Somministrazione: "Conoscenza di altre metodologie ed approcci che amplia la visione delle situazioni cliniche", "Consente di affrontare in modo più ampio gli aspetti relativi agli esordi psicotici".

Seconda somministrazione: "Ottima risorsa e nuovo punto di osservazione del paziente", "Consente un lavoro più specifico ed integrato su una popolazione giovanile", "Stimola l'équipe al confronto e alla riflessione".

- *"Il Progetto GEP ti è sembrato un'esperienza utile per i pazienti e le loro famiglie?"*

Prima somministrazione: "Si sono sentiti maggiormente seguiti", "Efficace l'approccio psicoeducativo sul carico familiare", "Hanno usufruito di incontri/colloqui con operatori che hanno dato informazioni e suggerimenti altri, nuovi, pratici, comunicativi", "Per la loro tipologia di comunicazione ed informazione più diretta che in CPS".

Seconda somministrazione: "Consente un lavoro più ampio sul sistema individuo/famiglia", "Maggior tempo dedicato agli utenti, maggiore ascolto e mirati progetti terapeutici", "Maggiore spazio al lavoro con la famiglia".

- **Discussione**

Dall'analisi dei risultati, si evince che, dalla prima alla seconda somministrazione del questionario, gli operatori dei CPS dichiarano di avere una migliore conoscenza delle caratteristiche del progetto innovativo in generale e dei criteri di inclusione in particolare. Percepiscono una maggiore qualità nella comunicazione tra personale strutturato e GEP e nell'équipe allargata – nel 2006, gli intervistati si considerano soddisfatti ad un livello sufficiente (44%) e buono (56%) mentre nel 2013 ad un livello buono (85%) e ottimo (15%) - e nella frequenza dei momenti di incontro. Si riscontra un sostanziale giudizio positivo in relazione alle prestazioni effettuate dagli operatori GEP. Migliora, inoltre, l'opinione relativa all'utilità che la presenza del progetto ha sia per l'équipe di riferimento (gli operatori a favore sono il 56% nel 2006 e 92% nel 2013) sia per pazienti e famiglie (si passa dal 67% al 92%). Dato a favore di una migliore collaborazione, infine, è la significativa diminuzione di coloro che si sono astenuti dal rispondere agli item proposti.

Conclusione

La presenza del Progetto GEP all'interno delle strutture della UOP ha avuto un impatto forte. Sono stati necessari numerosi incontri/scontri per arrivare a comprendere, condividere ed integrare le reciproche peculiarità. Dal 2006 ad oggi, in accordo con quanto emerso dalla ricerca, gli stessi operatori GEP hanno percepito un miglioramento nell'opinione che la maggior parte dei colleghi strutturati ha di loro. Il personale dei CPS è attualmente più disponibile a collaborare (ad esempio, è andata progressivamente aumentando la percentuale dei pazienti inviati e l'adeguatezza ai criteri di inclusione), più fiducioso verso il modello di riferimento e più consapevole dell'"utilità" che un progetto di questo tipo può avere rispetto al loro carico di lavoro. Nonostante ciò, permangono delle sacche di resistenza rispetto all'accettazione della presenza del progetto innovativo e della sua modalità di lavoro. Essendo a contatto con realtà lavorative diverse, emerge uno sbilanciamento delle difficoltà riscontrate nei due CPS. Tale sbilanciamento è confermato anche dalla diversa disponibilità a partecipare all'indagine proposta dal GEP. Nonostante numerosi siano stati i progressi ottenuti, si auspica per il futuro di poter raggiungere un miglior livello di collaborazione ed integrazione in entrambi i servizi. Sono necessarie "innovazioni coraggiose e decisive che investano il modo di concepire la malattia, la cura, l'organizzazione stessa dei Servizi. Crediamo che il "paradigma" dell'intervento precoce, se seriamente, autenticamente e criticamente perseguito, possa migliorare i Servizi di Salute Mentale, la vita dei malati e dei loro familiari e anche quella degli operatori" (Cocchi, Meneghelli, Monzani, Preti, 2011).

Bibliografia

- "Australian Clinical Guidelines for early psychosis, second edition" (2010) Melbourne: Orygen Research Center.

- Cocchi A., Meneghelli A. "L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio" (2004) Torino: Centro Scientifico Editore.

- Cocchi A., Meneghelli A. "Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua - Manuale d'intervento precoce" (2012) Milano, Edizioni Ermes.
- Cocchi, A. Meneghelli, A. Monzani, E. & Preti, A. "Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosys", Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 2011, vol. 2.
- NICE (2010) National Clinical Guidelines Number 82. Core Intervention in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and secondary care - The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Petruzzello, M.G., Corlito, G. "L'intervento precoce nelle psicosi: quattro anni di esperienza a Grosseto". Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 2012, vol. 6.
- Sistema Nazionale per le Linee Guida (2007) Linee Guida. Interventi precoci nella schizofrenia. Roma: Ministero della Salute.