



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE
PRESIDENTESSA: *Ch.ma Prof.ssa Luciana Caenazzo*

TESI DI LAUREA

**Il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento riabilitativo rivolto a
persona con disturbo bipolare: una revisione della letteratura**

**The role of occupational therapy's rehabilitative intervention for people
with bipolar disorder: a literature review**

RELATORE: Dott. Toffanin Tommaso

CORRELATORE: Dott.ssa Calzamatta Maria Luisa

LAUREANDA: Stella Sofiya

Anno accademico 2023/2024

Indice

Abstract	2
Abstract in lingua inglese	3
Introduzione	4
Capitolo 1: Il disturbo bipolare	6
1.1 Definizione di disturbo bipolare: sintomi principali e disturbi associati	
1.2 Familiarità e fattori di rischio	
1.3 Criteri diagnostici e classificazione del disturbo bipolare	
1.4 Epidemiologia	
1.5 Terapia farmacologica	
1.6 Trattamento non farmacologico	
Capitolo 2: L'intervento riabilitativo in psichiatria con il disturbo bipolare	10
2.1 Intervento riabilitativo	
2.2 Figure professionali coinvolte nell'intervento riabilitativo	
Capitolo 3: Teleriabilitazione	16
3.1 Definizione di teleriabilitazione	
3.2 Interventi di teleriabilitazione e figure professionali coinvolte	
3.3 Teleriabilitazione e terapia occupazionale	
Capitolo 4: I metodi della ricerca	21
4.1 I quesiti di ricerca	
4.2 Metodologia della ricerca	
4.3 I risultati	
Capitolo 5: Discussione	37
Capitolo 6: Conclusione	42
Bibliografia e Sitografia	43

Abstract

L'obiettivo principale della presente tesi bibliografica è costituito da una ricerca mirata a indagare quale sia il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento riabilitativo per il paziente con disturbo bipolare. Il primo quesito nello specifico è stato relativo alla presenza in letteratura di interventi di teleriabilitazione di terapia occupazionale rivolti a pazienti con disturbo bipolare. L'indagine è stata condotta all'interno dei motori di ricerca Pubmed, Ot Seeker, Cinhal, Pedro, Google Scholar, utilizzando la combinazione delle seguenti parole chiave: "Occupational Therapy", "telehealth", "telerehabilitation", "bipolar disorder", "mental disorder", "severe mental illness". Dalla ricerca sono emersi 38 articoli tuttavia tra questi nessuno è stato preso in considerazione in quanto non rispondenti al quesito di tesi, poiché la figura del terapeuta occupazionale non è inclusa all'interno dell'intervento. Nel secondo quesito dunque è stato indagato il ruolo del terapeuta occupazionale negli interventi riabilitativi generici rivolti a persone con disturbo bipolare. I motori di ricerca utilizzati sono stati i medesimi della ricerca precedente, utilizzando la combinazione delle seguenti parole chiave: "Occupational therapy", "bipolar disorder", "mood disorders", "severe mental illness", "intervention", "treatment". Sono emersi 27 articoli, di cui 8 sono stati presi in considerazione rispetto all'argomento scelto. Dagli articoli considerati è evinto che il terapeuta occupazionale ha implementato il suo intervento maggiormente nell'area della produttività attraverso un programma di supporto occupazionale (OSP) e un intervento di ritorno al lavoro (RTW), nella valutazione dell'impegno occupazionale dei partner di persone con disturbo bipolare e all'interno di un intervento che integra un laboratorio musicale con tamburi africani in un programma più ampio di presa in carico riabilitativa di terapia occupazionale per il trattamento della sintomatologia dei disturbi dell'umore. Gli altri interventi sono stati raggruppati nelle seguenti aree: interventi centrati sull'occupazione (ADL/IADL), psicoeducazione, skills training e interventi basati sulla funzione cognitiva.

Abstract (in inglese)

The main objective of this literature thesis is a research aimed at investigating what is the role of the occupational therapist in the rehabilitation intervention for the patient with bipolar disorder. The first question specifically was the presence in the literature of occupational therapy telerehabilitation interventions aimed at patients with bipolar disorder. The survey was conducted within the search engines Pubmed, Ot Seeker, Cinhal, Pedro, and Google Scholar, using the combination of the following keywords: "Occupational Therapy," "telehealth," "telerehabilitation," "bipolar disorder," "mental disorder," and "severe mental illness." 38 articles emerged from the search, however, among them none were taken into consideration as irrelevant to the thesis question since the figure of occupational therapist is not included within the intervention. In the second question therefore, the role of the occupational therapist in generic rehabilitation interventions aimed at people with bipolar disorder was investigated. The search engines used were the same as in the previous search, using the combination of the following keywords: "occupational therapy," "bipolar disorder," "mood disorders," "severe mental illness," "intervention," and "treatment." 27 articles emerged, of which 8 were considered with respect to the chosen topic. From the articles considered, it was inferred that the occupational therapist implemented his intervention more in the area of productivity through an occupational support program (OSP) and a return-to-work (RTW) intervention, in assessing the occupational engagement of partners of people with bipolar disorder, and within an intervention integrating a music workshop with African drums into a broader rehabilitative occupational therapy intake program for the treatment of mood disorder symptomatology. The other interventions were grouped into the following areas: occupation-centered interventions (ADL/IADL), psychoeducation, skills training, and cognitive functioning-based interventions.

Introduzione

Il disturbo bipolare è un disturbo del tono dell'umore caratterizzato da episodi altalenanti di depressione e mania (o ipomania che è una forma più lieve). E' un disturbo tendenzialmente cronico e portato alla recidiva. Se non adeguatamente curato e trattato il disturbo bipolare può portare a una grave compromissione del funzionamento socio-lavorativo della persona. Per il suo trattamento vengono combinati trattamenti farmacologici ed interventi psicosociali e riabilitativi, tra cui quello offerto dalla terapia occupazionale. Essendo questa professione riabilitativa poco conosciuta e diffusa in ambito psichiatrico, la finalità del presente lavoro di tesi è stata quella indagare il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento riabilitativo rivolto a persona con disturbo bipolare, in quanto le sue competenze professionali potrebbero inserirsi perfettamente all'interno di una presa in carico interdisciplinare nei confronti di questa tipologia di paziente. Allo stesso tempo tale lavoro mira a supportare e promuovere questa figura professionale all'interno delle strutture e dei servizi che si occupano di salute mentale, dimostrando la presenza in letteratura di interventi che potrebbero essere utilizzati per questa tipologia di pazienti. La strutturazione del lavoro di tesi parte da queste premesse iniziali descrivendo all'interno del primo capitolo clinica (sintomi, fattori di rischio, criteri diagnostici), epidemiologia, trattamento farmacologico e non farmacologico della patologia. Nel secondo capitolo vengono approfonditi i trattamenti non farmacologici rivolti a persone con disturbo bipolare e indicate le figure professionali coinvolte, mentre nel terzo si approfondisce un intervento specifico di teleriabilitazione e come esso potrebbe essere implementato nella pratica di terapia occupazionale. Il quarto capitolo racchiude la spiegazione della metodologia di ricerca adottata e i risultati ottenuti con la descrizione degli articoli inclusi (7 articoli) mentre nel quinto la discussione degli stessi. Dai risultati rilevati sono emerse delle proposte valide di intervento in cui il terapeuta occupazionale possa lavorare nell'ambito della produttività (lavoro retribuito) e della cura di sé attraverso interventi centrati sull'occupazione (ADL/IADL), coinvolgendo il partner e non solamente la persona con disturbo bipolare e implementando altre attività terapeutiche. Gli altri interventi sono stati raggruppati nelle seguenti aree: psicoeducazione, skills training e interventi basati sulle funzioni cognitive. Nonostante le difficoltà incontrate durante il lavoro di ricerca quali il riscontro di una non inclusione del terapeuta occupazionale negli

interventi o pochi articoli specifici per il disturbo bipolare, sono stati individuati comunque degli interventi riabilitativi validi ed efficaci per il trattamento del disturbo bipolare ed è stato espletato il ruolo del terapeuta all'interno di questi.

Capitolo 1 - Il disturbo bipolare

1.1 Definizione di disturbo bipolare: sintomi principali e disturbi associati

Il disturbo bipolare o bipolarismo è un disturbo del tono dell'umore caratterizzato dall'alternanza di stati d'umore eccessivamente alto (mania) e basso (depressione). Un episodio maniacale è caratterizzato da almeno 7 giorni di eccessiva autostima o grandiosità, ridotta necessità di dormire, maggiore loquacità del solito, fuga di idee o accavallamento di pensieri, facilità alla distrazione, aumento dell'attività finalizzata o dell'agitazione psicomotoria, eccessivo coinvolgimento nelle attività ludiche con potenziali conseguenze dannose, deficit marcato nelle funzioni sociali o professionali o sintomi psicotici concomitanti. Esiste anche l'episodio ipomaniacale, "mania lieve", che è invece caratterizzato da umore espanso o irritabile e almeno 3 dei sintomi precedentemente elencati da 4 giorni. La differenza tra episodio maniacale e ipomaniacale risiede nell'intensità e nella durata dei sintomi, tendenzialmente l'ipomania è meno grave rispetto alla mania che in determinate situazioni richiede un ricovero urgente e in cui sono presenti sintomi psicotici. Durante le fasi depressive i sintomi dei pazienti corrispondono ai sintomi del disturbo depressivo maggiore: umore depresso, marcata diminuzione di interesse o piacere, significativa perdita di peso o aumento di peso oppure diminuzione e aumento dell'appetito, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, faticabilità o mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria, tentativo di suicidio. I sintomi causano una compromissione del funzionamento socio-lavorativo del paziente e non devono essere meglio giustificati da un lutto. La concomitanza di episodio maniacale, ipomaniacale e depressivo determina invece l'episodio misto. Per l'episodio misto sono soddisfatti sia i criteri per l'episodio maniacale che per l'episodio depressivo maggiore e i sintomi sono gravi da determinare una compromissione del funzionamento socio-lavorativo del paziente e possono manifestarsi sintomi psicotici. (DSM-5-TR, 2023).

1.2 Familiarità e fattori di rischio

La causa esatta del disturbo bipolare è sconosciuta. L'ereditarietà svolge un ruolo importante. Le evidenze scientifiche dimostrano che esiste una forma di disregolazione dei neurotrasmettitori serotonina, noradrenalina e dopamina, inoltre possono essere coinvolti anche i fattori psicosociali. Gli eventi di vita stressanti sono

spesso associati all'esordio dei sintomi, tuttavia la causa e l'effetto non sono stati stabiliti. Determinate sostanze e farmaci possono determinare dei peggioramenti in alcuni pazienti con disturbo bipolare. Queste sostanze comprendono: simpaticomimetici (p. es., cocaina, anfetamine), alcol, corticosteroidi, alcuni antidepressivi (Manuale MSD, 2023). Il disturbo bipolare è un disturbo complesso dall'origine multifattoriale. Tra i disturbi psichiatrici, il disturbo bipolare è tra quelli con l'ereditarietà più alta, dunque un posto di rilievo è occupato dalla componente genetica. Infatti nella famiglia del paziente affetto da disturbo bipolare si riscontra una maggiore vulnerabilità ad ammalarsi di qualche psicopatologia che può essere la stessa o variare in depressione, sindromi ansiose, dipendenze patologiche, ADHD e sindromi psicotiche. Inoltre i pazienti affetti da disturbo bipolare riferiscono di aver avuto un'infanzia travagliata, caratterizzata dalla presenza di eventi avversi, traumatici. Questi eventi sono associati ad un incremento nel rischio di sviluppare un disturbo bipolare. Cosa si intende per eventi avversi o traumatici: disgregazione della coppia parentale, malattie fisiche di uno o di entrambi i genitori, disoccupazione del padre o della madre, detenzione di uno dei genitori, perdita di un genitore ed eventuale adozione da parte di un'altra famiglia (State of mind, 2011).

1.3 Criteri diagnostici e classificazione del disturbo bipolare

Il disturbo bipolare viene classificato in: disturbo bipolare di tipo I, disturbo bipolare di tipo II, ciclotimia (o disturbo ciclotimico), disturbo bipolare indotto da sostanze, disturbo bipolare e disturbi correlati dovuti a un'altra condizione medica, disturbo bipolare non altrimenti specificato. Per poter fare diagnosi sono definiti dei criteri diagnostici specifici. Per poter fare diagnosi di disturbo bipolare di tipo I è necessaria la presenza di almeno un episodio maniacale. L'episodio maniacale può essere seguito o preceduto da episodi depressivi, tuttavia la presenza di questi non è necessaria per la diagnosi, ma può essere altamente probabile. Per poter fare diagnosi di disturbo bipolare di tipo II è necessaria almeno la presenza di un episodio depressivo maggiore e almeno un episodio ipomaniacale. Il disturbo depressivo maggiore deve perdurare per almeno 2 settimane e l'episodio ipomaniacale per almeno 4 giorni. Il disturbo ciclotimico è caratterizzato da un'alterazione prolungata nel tempo dell'umore, presente in modo consecutivo per almeno due anni. La diagnosi si basa sui seguenti criteri diagnostici che devono essere presenti per almeno due anni: numerosi periodi con sintomi ipomaniacali che non soddisfano i criteri per

un episodio ipomaniacale e numerosi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano i criteri per un episodio depressivo maggiore, i sintomi sono stati presenti per almeno la metà del periodo di 2 anni e l'individuo non è stato senza sintomi per più di 2 mesi alla volta (DSM-5-TR, 2023). Il disturbo bipolare indotto da sostanze è caratterizzato dalla presenza di un disturbo dell'umore che è compatibile con la mania che si sviluppa durante l'abuso o svezzamento da una sostanza in grado di provocare tali sintomi (cocaina, anfetamine, corticosteroidi). Il disturbo bipolare e i disturbi correlati dovuti ad un'altra condizione medica sono definiti dalla presenza di un disturbo del tono dell'umore che è compatibile con la mania in cui l'alterazione umorale è conseguenza diretta di una condizione medica sottostante. Il disturbo bipolare non altrimenti specificato è rappresentato da disturbi con caratteristiche bipolari che però non soddisfano i criteri diagnostici stabiliti per gli altri disturbi bipolari (Manuale MSD, 2023).

1.4 Epidemiologia

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, la percentuale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e su altre principali componenti sociali, umane ed economiche in tutto il mondo. Convivono con il disturbo bipolare 40 milioni di persone nel mondo, circa un adulto su 150 (OMS, 2019). Il disturbo bipolare di tipo I colpisce in egual modo sia maschi che femmine mentre il disturbo bipolare di tipo II è più frequente nel sesso femminile (Nivoli et al, 2008). Il disturbo bipolare esordisce principalmente intorno ai 20 anni e generalmente il primo episodio si verifica tra i 18 e i 30 anni (Psypedia, 2022).

1.5 Terapia farmacologica

La terapia farmacologica prevede l'utilizzo di farmaci antipsicotici, stabilizzatori del tono dell'umore, antidepressivi. I farmaci antipsicotici sono molto utili durante la fase maniacale, possono essere adoperati da soli o in combinazione con altri farmaci. Si tratta di farmaci molto pesanti per questo motivo molto importante è il costante monitoraggio per prevenire eventuali effetti collaterali. Gli stabilizzatori del tono dell'umore sono al centro del trattamento del disturbo bipolare. Riducono l'entità delle oscillazioni di umore. Il farmaco più noto ed utilizzato è il litio. I farmaci antidepressivi vengono prescritti per trattare la fase depressiva del disturbo bipolare. Vengono usati in associazione con uno stabilizzatore del tono dell'umore o un

antipsicotico (Medicina 360, 2024). Il carbonato di litio può avere diversi effetti avversi. La tossicità del litio si manifesta soprattutto in pazienti anziani, pazienti con clearance della creatinina ridotta e quelli con perdita di sodio. Gli anticonvulsivanti che agiscono come stabilizzatori del tono dell'umore sono spesso utilizzati per stati acuti di mania e stati misti. I principali sono il valproato, la carbamazepina. La lamotrigina è efficace per la fluttuazione del tono dell'umore e la depressione. Il loro vantaggio principale rispetto al litio comprende la mancanza di tossicità renale e un margine di trattamento terapeutico più lungo (Manuale DSM, 2023).

1.6 Trattamento non farmacologico

I trattamenti psicosociali e gli interventi di riabilitazione basati sull'evidenza che si sono dimostrati efficaci per disturbo bipolare sono la psicoeducazione, la terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale e dei ritmi sociali, rimedio cognitivo, social skills training, educazione alla famiglia, case management, riabilitazione vocazionale, trattamento comunitario assertivo, terapia occupazionale e arteterapia, supporto tra pari. E' stato dimostrato che la riduzione dei sintomi, prevenzione delle ricadute, riduzione delle ospedalizzazioni e l'aumento del funzionamento socio-lavorativo e della qualità di vita è possibile con questi interventi (Mustafa Yildiz, 2021).

Capitolo 2 – L'intervento riabilitativo in psichiatria con il disturbo bipolare

2.1 Intervento riabilitativo

La cura del disturbo bipolare avviene attraverso la combinazione di terapia farmacologica e ad altri interventi di riabilitazione. In letteratura si riscontra la presenza di molteplici interventi terapeutici per il trattamento del disturbo bipolare. La psicoeducazione può essere definita con l'educazione di una persona con disturbo bipolare e/o altro disturbo psichiatrico riguardo ai sintomi, prognosi, trattamenti di quella patologia psichiatrica. Durante la psicoeducazione vengono fornite delle informazioni, queste informazioni devono essere abilitanti per il paziente nel senso che devono aiutarlo e devono essere mirate a promuovere le consapevolezza e fornire tutti gli strumenti per riuscire a gestire, affrontare e convivere con una condizione psichiatrica cronica e riuscire a modificare i propri comportamenti in relazione alla patologia. Esistono diversi tipi di psicoeducazione che differiscono nella forma e nel tempo. Alcune possono essere brevi, come ad esempio un'unica sessione mentre altre possono essere più lunghe perdurare fino a 18 mesi di sessioni di psicoeducazione. Obiettivo principale è quello di riuscire a prevenire l'ospedalizzazione e/o di gestire la malattia in modo tale che la persona riesca a raggiungere il suo massimo grado di salute e benessere (Sai Zhao et Al, 2015) . La terapia cognitivo-comportamentale presuppone che le recidive del disturbo dell'umore siano determinate da un pensiero pessimistico in risposta agli eventi della vita e da convinzioni disfunzionali fondamentali su sé stessi, il mondo e il futuro. La terapia cognitivo-comportamentale per trattare la depressione è stata adattata per i pazienti con disturbo bipolare, riconoscendo che gli episodi maniacali sono spesso associati a un pensiero eccessivamente ottimistico. E' una tecnica terapeutica che insegna alle persone a cambiare i propri comportamenti indesiderati andando a modificare i modelli di pensiero (John R Geddes and David J Miklowitz, 2013). La terapia interpersonale e dei ritmi sociali è un intervento psicoterapeutico individuale per il trattamento del disturbo bipolare, con l'ipotesi che eventi di vita stressanti e una routine quotidiana instabile possano portare ad un'instabilità del ritmo circadiano e , in persone vulnerabili, ad episodi affettivi (María Reinares et al, 2014). I pazienti sono seguiti per organizzare la loro vita quotidiana dopo un episodio e per riuscire ad identificare i fattori scatenanti, le cause che precedono un episodio. Questa terapia ha dimostrato

che è in grado di ridurre e prevenire le ricadute e migliorare il funzionamento della persona (Mustafa Yildiz, 2021). La compromissione del funzionamento sociale e lavorativo e compromissione cognitiva sono comuni nei pazienti con disturbo bipolare, in particolar modo in pazienti con sintomi psicotici. Rispetto ai sintomi fisici le alterazioni del funzionamento sociale e lavorativo rappresentano una delle cause più invalidanti per il paziente stesso. Dal punto di vista cognitivo possono essere colpite diverse aree e funzioni cognitive: attenzione, ragionamento, memoria di lavoro, memoria visiva, funzioni esecutive, etc. Per migliorare il funzionamento cognitivo esistono diverse tecniche/terapie tra cui il rimedio cognitivo. Esso è una terapia riabilitativa che prevede l'utilizzo di esercizi mirati alla risoluzione dei deficit cognitivi, ovvero dei compiti che aiutano il paziente a migliorare le proprie abilità cognitive (Mustafa Yildiz, 2021). Il rimedio cognitivo è destinato per aiutare le persone a sviluppare le funzioni cognitive sottostanti che possono renderli più capaci in compiti quotidiani quali la scuola, il lavoro, le relazioni sociali e una vita indipendente (Cognitive remediation for psychological disorders: therapist guide, 2017). Il social skills training è un intervento che si concentra sullo sviluppo delle abilità sociali e comunicative di una persona. Le competenze sociali giocano un ruolo fondamentale nella vita di ciascun individuo e possono influenzare tutti i vari contesti aspetti della nostra vita quali il lavoro, le relazioni personali, l'autostima, etc. Il social skills training aiuta le persone ad apprendere come interagire efficacemente con gli altri, adottando comportamenti appropriati e migliorando la comunicazione verbale e non verbale. Attraverso il social skills training le persone possono imparare a gestire situazioni conflittuali andando ad instaurare relazioni più rilevanti e soddisfacenti (Psicologia Insieme Livorno, 2023). Nel social skills training solitamente la competenza sociale è dimostrata dal trainer e poi il paziente è coinvolto in un gioco di ruolo. Dunque vengono effettuate delle esercitazioni dove sono forniti feedback positivi e correttivi e vengono anche assegnati dei compiti per casa. Con questa tipologia di intervento l'apprendimento avviene attraverso l'azione ed in particolar modo è consigliato con pazienti sotto l'influenza di sintomi negativi (Mustafa Yildiz, 2021). Il principale obiettivo dell'educazione familiare è quello di includere la famiglia e i caregivers del paziente durante il trattamento e il processo riabilitativo. Gli interventi di educazione alla famiglia includono la formazione delle famiglie rispetto al disturbo bipolare ((Mustafa Yildiz, 2021). Tale condivisione di

informazioni rispetto al disturbo bipolare può tradursi in benefici per i pazienti, anche se questi ultimi non frequentano sessioni educative. In uno studio randomizzato controllato, pazienti remissivi i cui parenti frequentavano gruppi di psicoeducazione avevano intervalli più lunghi prima di episodi maniacali e ipomaniacali rispetto a quelli i cui parenti non frequentavano i gruppi. In un secondo studio, pazienti i cui caregiver frequentavano 12-15 sessioni di educazione familiare mostravano diminuzioni significative nei sintomi della depressione, soprattutto se i caregiver mostravano anche un miglioramento dell'umore. Pertanto, gli interventi familiari aggiuntivi hanno il potenziale per prolungare i periodi di stabilità e alleviare i sintomi residui nelle cure di mantenimento (John r Geddes and David J Miklowitz ,2013). Il carico familiare ha assunto un ruolo particolarmente importante dopo la chiusura dei manicomi e la conseguente destituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici comportando il coinvolgimento attivo dei familiari nella cura di queste persone. Diversi studi hanno dimostrato che i caregivers di pazienti con disturbo bipolare sono sottoposti ad un elevato livello di carico assistenziale e , molto spesso, non ricevono un adeguato supporto e orientamento dimostrando dunque l'importanza dell'intervento familiare sul livello di carico percepito dal caregiver e sugli esiti della malattia. Questi interventi familiari sono mirati per aiutare i parenti a comprendere e accettare la malattia e il suo trattamento, insegnare strategie di coping per riuscire a gestire il disturbo ma anche fronteggiare eventuali situazioni che possono essere stressanti attraverso problem solving e miglioramento della capacità comunicative al fine di comunicare in maniera corretta e non disadattiva, dare supporto alla famiglia, promuovere le risorse disponibili, ridurre lo stress e offrire delle reti sociali (M. Raineres et Al, 2016). La riabilitazione vocazionale è mirata a ridurre il tasso di disoccupazione, più alto nei pazienti con schizofrenia e disturbo bipolare rispetto alla popolazione generale, ed è un intervento ampiamente utilizzato in tutti i servizi di riabilitazione. Vari professionisti sono coinvolti e fanno parte di questo processo come ad esempio il comune di residenza, il SIA (Social Insurance Agency) , il PES (Public Employment Service). Nella riabilitazione vocazionale tradizionale il primo passaggio include la riduzione dei sintomi e l'aumento della capacità lavorativa, successivamente viene valutata la capacità lavorativa del paziente per circa 10-20 ore settimanali. Se la capacità lavorativa non viene soddisfatta c'è un terzo passaggio rappresentato da altre attività sociali gestite dal comune nel territorio. Il passaggio

finale è lo svolgimento di un tirocinio professionalizzante che può evolvere in una proposta di lavoro. (Porter Susann et Al, 2018). Il trattamento comunitario assertivo è un intervento terapeutico centrato sulla comunità per pazienti il cui disturbo mentale determina difficoltà nelle attività di vita quotidiana e il funzionamento sociale. Il trattamento comunitario assertivo fornisce assistenza a pazienti che non aderiscono al trattamento ambulatoriale e che quindi molto spesso si recano in pronto soccorso. Questo tipo di intervento è caratterizzato da un team multidisciplinare che fornisce dei servizi personalizzati per ciascun paziente nella comunità o direttamente a casa. L'assistenza è fornita 24 h su 24, 7 giorni su 7 e può fornire più servizi integrati: trattamenti psicosociali, farmacologici, servizi sociali, interventi per la famiglia, etc (Mary E. Woesner et Al, 2014). Il fulcro del Case Management è che una singola persona ovvero il “case manager” si occupi e si assuma la responsabilità di un gruppo di pazienti. Quali sono le responsabilità del case manager: valutazione delle esigenze e bisogni del paziente, sviluppo di un piano di assistenza, organizzazione dell'assistenza da parte dei servizi presenti nella comunità e mantenere il contatto con il paziente (Marina Dietrich et Al, 2017). L'arteterapia può essere utilizzata per curare i disturbi mentali e si basa sul principio che le persone possano stare e sentirsi meglio attraverso l'espressione artistica. L'espressione artistica può aiutare i pazienti con disturbi psichiatrici ed esprimersi ma anche a creare un ambiente in cui questi possano impegnarsi in attività e a socializzare. Gli elementi chiave nell'arteterapia sono il processo di produzione artistica e la relazione che si instaura tra il terapeuta e il paziente. Durante gli interventi di arteterapia possono essere utilizzati diversi materiali, strumenti, pratiche artistiche e i pazienti vengono incoraggiati ad usarle per potersi esprimere liberamente. Ad esempio, è stato dimostrato come la marmorizzazione ,tecnica decorativa che consiste nel creare motivi intricati su carta o tessuto facendo galleggiare i colori su una soluzione liquida appositamente preparata, e poi trasferendo il disegno sul supporto desiderato, applicata a pazienti con disturbo bipolare è in grado di determinare una diminuzione dell'ansia, livelli misurati prima dell'attività (Latife Utas Akhan et Al., 2017). La terapia occupazionale può supportare la guarigione delle persone con gravi disturbi mentali, incluso il disturbo bipolare attraverso trattamenti che influenzano diversi aspetti tra i quali l'autonomia nelle attività di vita quotidiana, qualità di vita e benessere personale (Maria Mocanora Montenegro et Al, 2021).

2.1 Figure professionali coinvolte nell'intervento riabilitativo

Nell'intervento riabilitativo di una paziente con disturbo bipolare sono coinvolte diverse figure professionali, ciascuna con un ruolo specifico. L'intervento è multidisciplinare ovvero i vari professionisti collaborano fra di loro affinché il risultato dell'intervento sia efficace per il paziente stesso. Tra le principali figure professionali rientrano: lo psichiatra, lo psicologo e/o psicoterapeuta, educatore professionale, infermiere specializzato in psichiatria, assistente sociale e terapeuta occupazionale. Il ruolo dello psichiatra è di fornire la diagnosi, gestire la terapia farmacologica e occuparsi del monitoraggio dei sintomi del paziente. La terapia farmacologica è essenziale per stabilizzare il tono dell'umore e prevenire eventuali ricadute (Geddes et al, 2013). Il terapeuta occupazionale può aiutare il paziente con disturbo bipolare a sviluppare delle strategie di adattamento, a creare una routine e uno stile di vita più equilibrato. A seguito della valutazione, in base ai bisogni e alle esigenze del paziente il terapeuta occupazionale può intervenire con trattamenti mirati alla stabilizzazione dell'umore, al miglioramento del funzionamento sociale e interpersonale, al miglioramento delle funzioni esecutive o potrebbe andare a modificare l'ambiente per supportare la stabilità dell'umore e la produttività (Neurolanch, 2023). L'infermiere specializzato in psichiatria svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi del disturbo bipolare, nell'educazione al paziente e alla famiglia, nella gestione della terapia farmacologica e nella fornitura di assistenza a lungo termine per i pazienti (Karen Tugrul et al, 2003). Il ruolo degli assistenti sociali consiste nel fornire interventi psicosociali a pazienti e ai loro familiari in tutte le fasi del processo di riabilitazione psichiatrica. I diversi ruoli di un assistente sociale in un contesto di riabilitazione psichiatrica sono: analista sociale, caseworker, professionista dell'organizzazione comunitaria, ricercatore sociale, attivista sociale, responsabile della rete e delle relazioni (Aarti Jagannathan, 2021). Lo psicologo svolge un ruolo cruciale nella valutazione clinica e nella diagnosi del disturbo bipolare. Utilizzando strumenti psicologici e interviste cliniche, lo psicologo può identificare i sintomi, la gravità del disturbo e le comorbidità (Miklowitz et al, 2008). Si occupa di educare i pazienti e le loro famiglie riguardo al disturbo bipolare, fornendo informazioni sulle modalità di gestione del disturbo e sui segni precoci di una ricaduta. La psicoterapia è uno dei principali strumenti di cui gli psicologi si

avvalgono per il trattamento del disturbo bipolare. In particolar modo approcci come la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia interpersonale e dei ritmi sociali si sono dimostrate efficaci per prevenire le ricadute e trattare i sintomi (Cuijpers et al, 2008).

Capitolo 3- Teleriabilitazione

3.1 Definizione di teleriabilitazione

La pandemia Covid-19 ha fortemente influenzato l'erogazione di tutti i servizi sanitari. Per diminuire la trasmissione di questo virus sono state modificate norme, regolamenti e politiche di rimborso per favorire l'utilizzo di tecnologie per comunicare a distanza al posto di visite cliniche di persona (Janet Prvu Bettger et al, 2020). La teleriabilitazione è un approccio affidabile per fornire programmi di riabilitazione a distanza, è una branca della medicina caratterizzata da un sistema in grado di controllare la riabilitazione a distanza, sempre più in aumento grazie al miglioramento nella qualità e nella velocità delle tecnologie e dei dispositivi informatici. Ad esempio la comunicazione a distanza è facilmente ottenibile mediante videochiamata, e-mail, SMS, etc. Attraverso la telemedicina è possibile controllare anche bracci robotici, robot o droni a distanza. La teleriabilitazione è nata per prendersi cura di quei pazienti che, una volta dopo il ricovero, rientrano a casa dopo la fase acuta di una malattia e risulta anche essere utile per tutti quei pazienti che possono avere difficoltà nel raggiungere le infrastrutture sanitarie. Essa si sostituisce al classico approccio faccia a faccia tra paziente e personale sanitario, obiettivo principale è quello di riuscire a ridurre i tempi di ospedalizzazione e anche i costi sia per i pazienti che per il personale sanitario (Alessandro Peretti et Al, 2017). Può essere erogata in diversi modi, visite in videochiamata in tempo reale con audio, video o entrambi, visite elettroniche asincrone, check-in virtuali, valutazione remota di video o immagini precedentemente registrate, gestione telefonica (Janet Prvu Bettger et al, 2020). Negli ultimi anni è stato dimostrato che è possibile ottenere dei risultati significativi dal punto di vista clinico attraverso la teleriabilitazione, il cui utilizzo è diventato particolarmente cruciale durante la pandemia COVID-19. Questo nuovo approccio di riabilitazione sempre più influente può fornire diversi servizi tra i quali: monitoraggio, valutazione, intervento, prevenzione, educazione e consulenza. La teleriabilitazione ha molteplici vantaggi, può migliorare la qualità dei servizi erogati monitorando i pazienti che si trovano nella loro dimora, in particolar modo per quelli che risiedono lontani dal centro della città. E' in grado di combinare programmi di riabilitazione con una vita sociale e produttiva, andando a superare numerose barriere che ostacolano la partecipazione e supportando l'aderenza ad uno stile di vita sano e duraturo nel tempo. Un altro prezioso beneficio è rappresentato dal

fatto che la telemedicina è in grado di fornire un feedback efficiente al paziente in modo tale che questo sia in grado di seguire il proprio processo di miglioramento. Di conseguenza questo potrebbe migliorare anche la capacità di autogestione che il paziente ha della propria condizione medica. Altri vantaggi includono: maggiore privacy, nessuna difficoltà per il viaggio/trasporto, maggiore indipendenza del paziente, telemonitoraggio, protezione da infezioni virali, fornitura di apparecchiature mediche a casa, possibile adattamento e convenienza. Diversi studi hanno tuttavia evidenziato diverse difficoltà per l'implementazione della teleriabilitazione. Sicuramente le sfide più grandi sono rappresentate da una scarsa consapevolezza e cultura degli individui (non solamente i pazienti ma anche il personale sanitario) rispetto all'utilizzo e funzionalità dei dispositivi tecnologici (Niloufar Rabanifar et al, 2021). Non tutti i pazienti, soprattutto quelli anziani o che vivono in aree rurali, hanno accesso a una connessione internet stabile o possiedono le competenze tecnologiche necessarie per utilizzare le piattaforme digitali. Sicuramente molto importante è garantire un'adeguata formazione tecnologica ai pazienti per ottimizzare i risultati della teleriabilitazione (Bin et al, 2016).

3.2 Interventi di teleriabilitazione e figure professionali coinvolte

Gli interventi di teleriabilitazione coprono un'ampia gamma di specialità, adattandosi ai diversi bisogni dei pazienti. Tra questi rientrano: la riabilitazione motoria, la riabilitazione respiratoria, la riabilitazione cognitiva e la riabilitazione del linguaggio. La riabilitazione motoria è molto comune nei pazienti con esiti di ictus o patologie neurologiche, la riabilitazione motoria a distanza prevede esercizi guidati attraverso videochiamate e software specializzati. Uno studio condotto nel 2020 (Chen et al, 2020) ha dimostrato che l'utilizzo di piattaforme di telemedicina ha migliorato significativamente la mobilità e la forza muscolare nei pazienti post-ictus, con esiti che possono essere paragonati alla riabilitazione classica. La riabilitazione respiratoria è particolarmente utile per pazienti con malattie polmonari croniche o in fase post-COVID-19. Attraverso la telemedicina, i professionisti sanitari possono monitorare e guidare il paziente in esercizi per la respirazione o allenamenti per andare a migliorare e/o sviluppare la capacità polmonare. Ad esempio, nei pazienti con BPCO è stata dimostrata l'efficacia del telemonitoraggio che è andato a migliorare i risultati clinici e la qualità di vita (Vitacca et al, 2021). La teleriabilitazione cognitiva include programmi di stimolazione con l'obiettivo

principale di andare a trattare disturbi cognitivi e neurocomportamentali che possono derivare da diverse patologie come l'ictus, il trauma cranico, la demenza. I pazienti possono svolgere esercizi cognitivi o partecipare a sessioni di terapia cognitiva con la guida di un neuropsicologo tramite delle piattaforme che si trovano online. La teleriabilitazione cognitiva risulta particolarmente utile per pazienti con una disabilità cognitiva che va da lieve a moderata, garantendo un recupero funzionale senza la necessità di recarsi fisicamente presso la struttura riabilitativa (Laver et al, 2020). Per i pazienti con afasia o altri disturbi del linguaggio, la logopedia a distanza permette di svolgere sessioni interattive con il logopedista attraverso delle piattaforme che si trovano online. Grazie a queste il terapeuta può monitorare i progressi dei pazienti, fornire esercizi personalizzati e correggere eventuali errori in tempo reale. La teleriabilitazione non coinvolge solo una singola figura professionale, ma prevede un lavoro di squadra tra vari operatori sanitari, tra cui: fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, medici specialisti, psicologi e neuropsicologi. I fisioterapisti svolgono un ruolo centrale nella riabilitazione motoria a distanza andando a valutare le condizioni del paziente attraverso strumenti digitali e fornendo degli esercizi specifici da eseguire in autonomia o con supervisione virtuale. La teleriabilitazione permette una maggiore flessibilità e continuità nella terapia fisica, aumentando la motivazione del paziente e migliorando i risultati funzionali (Turner et al, 2020). I terapisti occupazionali sono responsabili della riabilitazione delle attività quotidiane e del miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Con l'ausilio di tecnologie digitali, possono sviluppare strategie personalizzate per l'autonomia, rendendo possibile il monitoraggio a distanza delle attività quotidiane. L'integrazione dei terapisti occupazionali negli interventi di teleriabilitazione ha dimostrato di aumentare l'efficacia dei programmi, promuovendo l'autosufficienza e l'inclusione sociale (Cott et al, 2020). I medici specialisti, come neurologi e fisiatristi, sono fondamentali per la diagnosi e la definizione dei piani di trattamento. Essi valutano le condizioni cliniche dei pazienti e stabiliscono obiettivi terapeutici, che possono essere monitorati attraverso le piattaforme di teleriabilitazione. Il coinvolgimento attivo del medico nell'implementazione della teleriabilitazione migliora l'aderenza del paziente al trattamento e favorisce risultati migliori (Gaggioli et al, 2019). Il logopedista utilizza tecnologie digitali per monitorare e valutare le capacità comunicative dei pazienti, progettando programmi di intervento personalizzati. L'uso di piattaforme di

telemedicina ha dimostrato di migliorare significativamente i risultati terapeutici nei pazienti con afasia, consentendo un monitoraggio continuo e l'interazione diretta tra professionista e paziente (Meyer et al, 2020). Dall'altra parte, lo psicologo e il neuropsicologo sono essenziali per affrontare gli aspetti emotivi e cognitivi legati ai disturbi. Il neuropsicologo, in particolare, si occupa della valutazione e del trattamento delle funzioni cognitive compromesse, utilizzando test standardizzati e approcci terapeutici specifici. La teleriabilitazione consente a questi professionisti di somministrare test cognitivi e monitorare l'evoluzione dei pazienti da remoto, migliorando l'accuratezza delle valutazioni neuropsicologiche (Smith et al, 2019). La teleriabilitazione offre inoltre opportunità per supportare il paziente nella gestione dell'ansia e della depressione, comuni in chi affronta difficoltà comunicative o cognitive. L'uso di tecniche di terapia cognitivo-comportamentale in modalità telematica ha dimostrato di essere efficace nel migliorare il benessere psicologico dei pazienti, facilitando una maggiore adesione ai programmi di riabilitazione (Johnson et al, 2022).

3.3 Teleriabilitazione e terapia occupazionale

Negli ultimi anni le tecnologie stanno diventando sempre più accessibili e vantaggiose per l'erogazione di servizi educativi e sanitari. I professionisti della terapia occupazionale possono favorire la salute e il benessere adottando nuovi modelli di erogazione dei servizi, come la telemedicina e la teleriabilitazione. Questi approcci innovativi offrono l'opportunità di migliorare l'accesso a cure sanitarie di qualità, inclusi i servizi di terapia occupazionale per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche, il trattamento di disturbi mentali e dipendenze, nonché per gli interventi di riabilitazione. I terapisti occupazionali hanno incominciato ad utilizzare la telemedicina per implementare servizi di: valutazione, intervento, consultazione, educazione e supervisione. L'efficacia dipende da diversi fattori tra i quali tipo e gravità della disabilità, finalità della valutazione, obiettivi di intervento, tipo di tecnologia utilizzata e l'infrastruttura sia del personale sanitario che del paziente stesso (Lin Wakeford et al, 2005). La telemedicina potenzialmente potrebbe essere utilizzata con beneficio in diverse aree che competono alla terapia occupazionale quali: bambini e giovani, invecchiamento, salute e benessere, salute mentale, riabilitazione, disabilità, partecipazione, lavoro e industria. In particolare per quanto riguarda la salute mentale l'utilizzo della telemedicina nell'ambito della terapia

occupazionale aumenta l'accesso a cure specializzate permettendo di superare e aggirare le barriere quali il lavoro e eventuali problematiche familiari, che possono limitare la possibilità dei pazienti negli spostamenti per ricevere le cure, la paura di essere giudicati socialmente, i problemi legati alla cultura dei pazienti (Jana Cason, 2012). Esistono ampie opportunità nel campo della telemedicina per i ricercatori e i professionisti della Terapia Occupazionale (TO). La pandemia ha portato a rapidi cambiamenti nell'erogazione dei servizi di telemedicina in vari contesti, e la nostra professione ha dimostrato grande capacità di adattamento ed ingegno nell'espandere i metodi di ricerca e assistenza ai clienti. Sebbene questi cambiamenti repentini possano generare incertezze, ci troviamo di fronte a un momento cruciale per evidenziare il valore unico della TO. Nel 2020, l'AOTF PGC ha sottolineato l'importanza di iniziative di ricerca sulla telemedicina guidate da terapisti occupazionali, con l'obiettivo di promuovere pratiche basate sull'evidenza attraverso un approccio collaborativo e interdisciplinare. È essenziale agire ora per fornire le prove necessarie a supportare la pratica della telemedicina guidata dalla terapia occupazionale (Rachel Proffitt et al, 2021).

Capitolo 4 - I metodi della ricerca

4.1 I quesiti di ricerca

Una volta elencati i sintomi e segni nonché le conseguenze che il disturbo bipolare comporta sulla vita quotidiana e sul funzionamento socio-lavorativo delle persone con questa patologia psichiatrica, si è andato ad indagare l'intervento del terapeuta occupazionale nella telemedicina utilizzato per il trattamento di questi pazienti. Dalla ricerca non sono emersi articoli scientifici rilevanti che rispondessero ai criteri di inclusione ed esclusione presi in considerazione. Nella letteratura la figura del terapeuta occupazionale è presente negli interventi di teleriabilitazione ma rispetto al quesito di tesi specifico negli articoli trovati non è una figura inclusa. Da tale pretesa è dunque stato sviluppato il secondo interrogativo, attraverso una ricerca mirata a comprendere qual è il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento con persona con disturbo bipolare e quali possono essere i possibili interventi nonché la loro efficacia con questa tipologia di pazienti. A partire da queste premesse, il quesito del lavoro di tesi che è stato formulato per la ricerca di evidenze scientifiche in letteratura è il seguente: *Qual è il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento riabilitativo rivolto a persona con disturbo bipolare?*

4.2 Metodologia di ricerca

Per il primo quesito di tesi i motori di ricerca utilizzati per individuare gli articoli scientifici sono stati: PubMed, Cinahl, Otseeker, PEDro e Google Scholar. La ricerca è stata condotta attraverso le seguenti parole chiave: "Occupational therapy", "telehealth", "telerehabilitation", "bipolar disorder", "mental disorder", "severe mental illness". Le combinazioni utilizzate sono state: "Occupational therapy" AND "telehealth" AND "bipolar disorder", "Occupational therapy" AND "telehealth" AND "mental disorder", "Occupational therapy" AND "telehealth" AND "severe mental illness", "Occupational therapy" AND "telerehabilitation", "telehealth" AND bipolar disorder, "telerehabilitation" AND bipolar disorder". I criteri di inclusione per gli articoli hanno permesso di prendere in considerazione: RCT, revisioni sistematiche o meta-analisi, studi di efficacia, studi di coorte, analisi di caso singolo; articoli in lingua italiana e inglese; citazione esplicita della figura del terapeuta occupazionale; il cui periodo di pubblicazione fosse compreso dal 2014 al 2024. Per quanto riguarda invece i criteri di esclusione si è ritenuto di non prendere in considerazione articoli al di fuori del periodo temporale scelto (2014-2024), articoli

di interventi in cui non viene inclusa la figura del terapeuta occupazionale e altri studi dall'elenco precedente. La prima ricerca effettuata non ha portato a risultati efficaci rispetto all'interrogativo iniziale. Rispetto al secondo quesito di tesi i motori di ricerca utilizzati sono stati i medesimi adottati a quelli del primo. Le parole chiave prese in considerazione sono state le seguenti: "Occupational therapy", "bipolar disorder", "mood disorders", "severe mental illness", "intervention", "treatment". Tali parole sono state impiegate con le seguenti combinazioni: "Occupational therapy" AND "bipolar disorder" AND "intervention", "Occupational therapy" AND "severe mental illness" AND "intervention", "bipolar disorder" AND "treatment", "Occupational therapy" and "mood disorders", "Occupational therapy" AND "severe mental illness". In base ai criteri di inclusione gli articoli scientifici selezionati sono stati: studi retrospettivi, studi qualitativi, revisioni sistematiche e meta-analisi, revisioni non sistematiche, scoping review, studi di caso singolo, studi pilota; in lingua italiana, inglese o spagnola; in cui c'è citazione esplicita del terapeuta occupazionale; il cui periodo di pubblicazione fosse compreso tra il 2014 e il 2024. I criteri di esclusione sono stati uguali a quelli del primo quesito di tesi.

4.3 I risultati

All'interno delle pubblicazioni considerate idonee, vengono descritti otto studi: uno studio retrospettivo, uno studio osservazionale longitudinale a braccio singolo, un protocollo di revisione sistematica, due revisioni sistematiche, una scoping review, uno studio pilota e un'analisi fenomenologica interpretativa (studio qualitativo). Modello di riferimento per l'analisi dei testi è stato il format delle *Linee Guida per l'Analisi di Studi Quantitativi della McMaster University (Critical Review Form-Quantitative Studies, Law et al, 1998)*. L'analisi degli studi emersi in letteratura è cominciata con lo studio retrospettivo realizzato in Giappone di Tomonary Hayasaka e colleghi (2021), il cui scopo principale è quello di indagare quali sono i fattori associati al tempo per ottenere un impiego per persone con disturbi dell'umore che sono coinvolte all'interno di un programma di supporto occupazionale (OSP). Lo studio, approvato dal comitato etico dell'Università Kyorin, ha coinvolto pazienti ricoverati nel reparto di psichiatria dell'ospedale universitario Kyorin tra aprile 2016 e marzo 2019. I criteri di inclusione comprendevano: pazienti disoccupati o in congedo per malattia e in cerca di lavoro, diagnosi di disturbo depressivo maggiore o episodio depressivo del disturbo bipolare I o II secondo il

DSM-5, partecipazione ad almeno tre sessioni del programma di supporto occupazionale (OSP) basato sulla terapia occupazionale, e età compresa tra 18 e 60 anni. I criteri di esclusione includevano abuso di alcol o sostanze, rischio di suicidio, schizofrenia, demenza e gravi malattie fisiche. L'obiettivo principale del programma di supporto occupazionale (OSP) era valutare la funzione cognitiva e le prestazioni lavorative dei partecipanti. L'OSP è stato condotto da un terapeuta occupazionale ogni martedì in una sessione di gruppo con circa 6 pazienti. L'attività principale consisteva nella trascrizione di un articolo di giornale entro un limite di 5 minuti, durante la quale venivano monitorati il numero di caratteri trascritti e gli errori tipografici. Inoltre, i partecipanti compilavano un questionario valutando il loro livello di stanchezza e il loro stato d'animo su una scala a cinque punti. Nel dettaglio il programma OSP prevedeva diverse fasi: (a) inizio del programma caratterizzato dalla promozione della motivazione alla partecipazione e conferma della partecipazione; (b) descrizione del programma con conferma del contenuto e dello scopo della sessione; (c) Icebreaker (rompighiaccio) in cui i partecipanti sono occupati nell'esecuzione di semplici figure puzzle e giochi; (d) esecuzione del compito di trascrizione di un articolo di giornale su carta manoscritta, ai partecipanti è stato chiesto di rispondere e di autovalutare il proprio stato di fatica dopo l'attività di trascrizione; (e) fine del programma in cui i partecipanti devono presentare i propri obiettivi per la sessione successiva, inoltre a ciascuno di questi è stato chiesto di rispondere e autovalutare il proprio stato emotivo dopo la sessione. Il programma di supporto occupazionale è stato organizzato in tre sessioni (tre settimane) per corso. L'esito da raggiungere a seguito di questo programma è stato l'ottenimento di un impiego entro 1 anno dalla dimissione. Nello specifico l'impiego veniva definito come occupazione a tempo pieno, part-time, occupazionale occasionale e lavoro protetto. I partecipanti allo studio sono stati suddivisi in due gruppi, gruppo occupazione e gruppo di non occupazione. Le analisi statistiche sono state effettuate con il software IBM SPSS Statistics, un valore di $p < 0,05$ è stato considerato indicativo di una differenza statisticamente significativa. Durante il periodo di indagine, 211 pazienti hanno partecipato al programma di supporto occupazionale (OSP), ma solo 49 di questi hanno soddisfatto i criteri di inclusioni presi in considerazione dallo studio. I risultati hanno mostrato che, entro un anno dalla dimissione dall'ospedale, 14 pazienti avevano trovato lavoro, mentre i restanti 35 non

avevano trovato un'occupazione. Dall'analisi multivariata di regressione di Cox è stato dimostrato che il numero di parole scritte durante il compito di trascrizione nell'OSP (HR = 1,03, IC 95% = 1,01-1,05, p = 0,016) e lo stato dell'umore dopo l'OSP (HR = 2,77, IC 95% = 1,18-6,51, p = 0,019) sono stati significativamente correlati al tempo impiegato per trovare un'occupazione. In conclusione, lo studio ha suggerito che la velocità di lavoro e la risposta emotiva durante l'OSP potrebbero rappresentare fattori predittivi rilevanti per il raggiungimento dell'occupazione nei pazienti con disturbi dell'umore.

Il secondo studio che è stato analizzato è lo studio osservazionale longitudinale a braccio singolo di Sachie Tanaka e colleghi (2023) il cui scopo principale è quello di andare ad indagare l'efficacia di un intervento di ritorno al lavoro (RTW), comprendente la terapia occupazionale, rivolto a pazienti con disturbo dell'umore e dell'adattamento e implementato nel quadro sanitario giapponese. In questo studio sono stati selezionati come partecipanti pazienti ricoverati o trattati in regime ambulatoriale presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Ospedale Universitario di Shinshu tra aprile 2014 e aprile 2020. I criteri di inclusione per i partecipanti presi in considerazione per lo studio sono stati: un'età compresa tra 20 e 60 anni, diagnosi di disturbo dell'umore o dell'adattamento in base ai criteri del DSM-5-TR, aver accettato di partecipare allo studio, congedo per malattia al momento del consenso con l'intenzione di tornare a lavoro o, nel caso in cui avessero lasciato l'impiego, i partecipanti dovevano essere disposti a farsi riassumere, partecipazione minima dell'80% alla terapia occupazionale (2/3 ore al giorno, 5 giorni a settimana) nel mese precedente allo studio e un punteggio medio superiore a 2,0 nella Psychiatric Rework Readiness Scale. Sono stati esclusi pazienti con complicazioni come schizofrenia, disabilità intellettiva, dipendenze da sostanze, demenza, epilessia, traumi cranici o disturbi cerebrovascolari, o che avessero difficoltà nell'esecuzione dei test. Tutti i partecipanti hanno ricevuto spiegazioni dettagliate sullo scopo dello studio e hanno fornito consenso scritto in maniera volontaria. Le scale di valutazione utilizzate per valutare i sintomi mentali sono state la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) e la Young Mania Rating Scale (YMRS). La Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) è stata usata per valutare la funzione cognitiva, la General Aptitude Test Battery (GATB) per valutare la performance occupazionale lavorativa, il temperamento di un partecipante è stato valutato utilizzando il Temperament

Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A), per lo stato di adattamento sociale è stata utilizzata la Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS), la Global assessment of Functioning per la funzione sociale e mentale e infine La disponibilità dei partecipanti di tornare al lavoro (RTW) è stata valutata utilizzando la Psychiatric Rework Readiness Scale (PRRS). Per l'analisi statistica è stato utilizzato IBM SPSS Statistics 26, considerando significativo un livello di rischio inferiore al 5%. Durante il periodo di osservazione, 43 pazienti si sono iscritti, ma 9 sono stati esclusi poiché non soddisfacevano i criteri di inclusione, portando a un gruppo finale di 34 partecipanti. Di questi, 4 hanno interrotto il programma e 30 hanno completato l'intervento RTW. Tra i 4 che hanno abbandonato una donna con depressione intorno ai 30 anni ha deciso di tornare al lavoro prima del termine del programma, due uomini con disturbo bipolare di circa 40 e 50 anni hanno interrotto a causa del peggioramento delle loro condizioni e un altro uomo con disturbo bipolare, sui 50 anni, ha interrotto la partecipazione all'intervento, consigliato dallo psichiatra, per problemi comportamentali durante le sessioni di gruppo. Il follow-up è stato condotto su 30 partecipanti per un periodo di 3-12 mesi, su 27 per oltre 18 mesi e su 23 per oltre 24 mesi. L'età media dei partecipanti era di 37,1 anni, con una media di 2,2 assenze per malattia e un totale complessivo di 13,1 mesi di assenze per malattia da lavoro nel passato. A otto di questi partecipanti è stato diagnosticato un disturbo depressivo maggiore, a sei un disturbo bipolare e a sedici un disturbo dell'adattamento. Inoltre sono stati inclusi anche i partecipanti a cui è stato diagnosticato un disturbo da deficit di attenzione/iperattività o un disturbo pervasivo dello sviluppo ("non altrimenti specificato") in base ai criteri diagnostici del DSM-4. La durata media dell'intervento è stata di 123,9 giorni. Tra i partecipanti c'erano 13 ingegneri, 5 impiegati, 4 addetti alle vendite e 3 lavoratori nei dipartimenti di gestione. Tutti i partecipanti lavorano a tempo pieno. L'intervento RTW interdisciplinare era caratterizzato da un programma di un giorno intero (tre volte a settimana) e un programma di mezza giornata (due volte alla settimana), implementati per un periodo di tre mesi. Le sessioni di gruppo sono state implementate 4 volte alla settimana, ogni sessione da 1,5 a 2 ore circa, a queste partecipavano dai 2 agli 8 pazienti. Un ulteriore programma di apprendimento è stato realizzato due volte alla settimana per un totale di 22 moduli. Questo programma comprendeva diverse tipologie di interventi tra cui psicoeducazione, terapia

cognitivo-comportamentale, terapia del ritmo interpersonale e sociale, formazione sull'assertività e unità di gestione della rabbia. Oltre a questo è stato eseguito un allenamento meta-cognitivo di 1,5 ore per pazienti con depressione, una volta alla settimana per otto volte. Per incentivare gli scambi interpersonali sono state svolte diverse attività di gruppo di circa due ore due volte alla settimana, come ad esempio cucina, sport, gare tra squadre, pianificazione e gestione degli eventi e delle sfide. Gli psicologi erano responsabili della terapia cognitivo-comportamentale e dell'intervento sulla comunicazione assertiva, gli assistenti sociali si occupavano di sostegno sociale mentre ai farmacisti educavano il paziente rispetto a un utilizzo efficace e corretto dei farmaci. Il resto spettava ai terapeuti occupazionali, dunque la maggior parte dei programmi sono stati da essi condotti. Nelle sedute individuali (5 volte a settimana per circa 2-3 ore) i terapeuti occupazionali hanno implementato dei piani di supporto individualizzati per ciascun partecipante, secondo 7 fasi principali: colloquio e successiva ammissione, valutazione, identificazione dei problemi, pianificazione, monitoraggio e revisione del piano. Nel colloquio di ammissione il terapeuta occupazionale ascolta gli obiettivi dei partecipanti e delle loro famiglie, nella valutazione raccoglie informazioni di base per analizzarle e inserirle all'interno della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). Nella fase di identificazione dei problemi il terapeuta occupazionale utilizza un approccio centrato sul cliente, ritenendo prioritario i compiti problematici riportati dai pazienti e andando ad analizzare la causa principale di queste difficoltà. Inoltre, i terapeuti occupazionali identificano anche i punti di forza e di debolezza di ciascun partecipante nonché tutte quelle strategie di coping che risultano non essere efficaci di fronte a situazioni stressanti. Nella pianificazione i terapeuti realizzano dei piani di supporto individualizzati per ciascun paziente in base al suo livello di funzionamento, di attività e partecipazione e prendendo in considerazione anche il contesto ambientale. All'interno di questo programma ciascun piano di supporto individualizzato prevedeva la formulazione di strategie, portando degli esempi concreti di situazioni che si potevano verificare, per evitare e prevenire ricorrenti malattie dal lavoro. Sia le sessioni di gruppo che quelle individuali sono state spiegate e supervisionate da terapeuti occupazionali con oltre 20 anni di esperienze, in particolar modo le sessioni individuali sono state condotte da due terapeuti occupazionali di medio livello. Un totale di 30 persone hanno partecipato

all'intervento di ritorno al lavoro, i risultati del RTW hanno dimostrato che a seguito dell'implementazione del trattamento sono migliorati non solamente i sintomi psichiatrici dei pazienti ma anche la funzione cognitiva, l'attitudine professionale, lo stato psicosociale, l'adattamento sociale e la prontezza rispetto al RTW ($p \leq 0,001-0,0279$).

Proseguendo l'approfondimento dei risultati di ricerca sono emersi un protocollo di revisione sistematica e due revisione sistematica, la prima relativa a un intervento di yoga terapia utilizzato nella pratica occupazionale e le altre volta a valutare l'efficacia degli interventi di terapia occupazionale per migliorare e mantenere performance e occupazione nei pazienti con gravi disturbi mentale, incluso il disturbo bipolare. Nel protocollo di revisione sistematica di Candice Crooks e colleghi (2023) l'obiettivo principale è riuscire a comprendere se la yoga terapia può essere utilizzata come intervento efficace nella terapia occupazionale per riuscire a gestire i sintomi legati ai disturbi dell'umore attraverso un maggiore coinvolgimento nelle attività di vita quotidiana. Nella letteratura scientifica presa in considerazione la popolazione ha un'età compresa fra i 18 e i 65 anni e presenta una diagnosi di disturbo dell'umore secondo i criteri del DSM-5 o del ICD-11. Per disturbi dell'umore gli autori considerano il disturbo bipolare di tipo I e di tipo II, il disturbo depressivo maggiore, la ciclotimia, la distimia e il disturbo disforico premestruale. L'intervento di yoga esaminato risponde alla definizione dell'International Association of Yoga Therapists. Inoltre negli studi esaminati la yoga terapia deve essere presente come intervento indipendente nel senso che non deve essere in correlazione con altri tipi di trattamenti e verranno considerati indipendentemente dal fatto che i partecipanti siano coinvolti o meno nei servizi di terapia occupazionale. Gli articoli presi in considerazione in questo protocollo rientrano tra il 2002 e il 2022 ed includono RCT, studi osservazionali, ricerche trasversali e studi correlazionali e per la sua conduzione verrà utilizzato il metodo PRISMA. Ci sarà una maggiore chiarezza rispetto alle evidenze a sostegno dell'integrazione tra terapia occupazionale e yoga terapia per il miglioramento dei sintomi in pazienti adulti con disturbi dell'umore quando la revisione e meta-analisi sarà completata. La seconda revisione sistematica di Mariana L. D'Amico e colleghi (2018) va a valutare l'efficacia degli interventi di terapia occupazionale per migliorare la performance occupazionale e la partecipazione con persone con gravi disturbi mentali. In questa revisione sistematica sono stati inclusi

articoli che descrivono interventi di terapia occupazionale rivolti a popolazione adulta con gravi disturbi mentali pubblicati tra il 2008 e il 2016. Questa popolazione adulta (persone di età ≥ 18) include pazienti con le seguenti diagnosi: disturbi d'ansia, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore, disturbo di personalità, psicosi, schizofrenia, disturbi dell'umore. Gli interventi di terapia occupazionale includono l'utilizzo di compiti, attività o/e occupazioni quotidiane che possono essere implementati singolarmente o in gruppo o verso la popolazione, interventi di educazione, formazione, sostegno, interventi che includono l'utilizzo di eventuali adattamenti e interventi di recupero volti a promuovere salute, benessere e partecipazione alla vita quotidiana. Gli articoli esaminati appartengono ai seguenti livelli: Livello I (revisioni sistematiche, meta-analisi, RCT), Livello II (studi non randomizzati a 2 gruppi), Livello III (studi non randomizzati a un gruppo). Gli studi che sono stati esclusi da questa revisione sistematica sono tesi, presentazioni, articoli che non rientrano negli anni prescelti (2008/2016), così come tutti gli studi di quarto e di quinto livello. A causa dell'eterogeneità degli studi presentati nel seguente articolo non è stato possibile effettuare una meta-analisi, la revisione ha incluso 61 articoli nella sintesi finale. Mediante l'analisi di questi sono stati individuati 5 principali tipologie di intervento tra cui: interventi centrati sull'occupazione, psicoeducazione, skills training, interventi basati sulla cognizione/funzione cognitiva e interventi che utilizzano il supporto della tecnologia. Oltre a questi sono emersi diversi studi che evidenziano l'efficacia degli interventi personalizzati e centrati sul cliente. Per quanto riguarda gli interventi centrati sull'occupazione e basati sulle attività di vita quotidiana (ADL) e su quelle strumentali (IADL) i risultati ottenuti hanno dimostrato che questi sono efficaci in particolare quando gli obiettivi programmati dai terapeuti occupazionali sono stati centrati in maniera personalizzata sul cliente. I risultati rispetto agli interventi di terapia occupazionale e quelli basati sull'occupazione per migliorare la partecipazione sono stati buoni. Negli articoli rispetto a questi interventi sono stati esaminati dei programmi di terapia occupazionale per favorire la partecipazione ed in particolar modo il programma Life Adaptations Skills Training è stato molto efficace per il miglioramento di sonno, capacità di adattamento, stile di vita e partecipazione sociale. Tra altri programmi di terapia occupazionale che sono risultati essere molto efficaci ricordiamo anche il Social Inclusion Program (SIP) implementato da Fitzgerald che ha dimostrato di

migliorare la performance occupazionale nelle ADL e la partecipazione sociale nei servizi. Implementando il programma SIP di Fitzgerald ha rilevato che i partecipanti mostravano un miglioramento significativo nella motivazione per l'impegno occupazionale e nei modelli di comportamento occupazionale, indicando che questo programma di terapia occupazionale migliora la performance nelle attività quotidiane e la partecipazione sociale nei servizi di psichiatria forense. Le evidenze sugli interventi basati su attività ricreative e gli interventi basati sull'occupazione per il riposo e il sonno si sono dimostrate limitate. I risultati rispetto agli interventi assistiti con animali sono stati insufficienti. Rispetto agli interventi di psicoeducazione i risultati sono stati positivi. Sono stati utilizzati diversi programmi di psicoeducazione a seconda dell'obiettivo prefissato: miglioramento e mantenimento della performance occupazionale nelle ADL e IADL, gestione dei farmaci e della malattia, miglioramento della sicurezza durante l'attività sessuale, interventi di psicoeducazione individualizzati e centrati sul cliente. La risposta agli interventi psicoeducativi può essere diversa in base alla diagnosi infatti alcuni studi erano specifici per il disturbo bipolare, altri per la schizofrenia, altri ancora comprendevano diagnosi varie. In particolar modo evidenze contrastanti sono state riscontrate rispetto al trattamento di psicoeducazione con il disturbo bipolare e la schizofrenia. In tre revisioni sistematiche è stato confrontato il trattamento di psicoeducazione con il trattamento abituale (TAU) per i partecipanti con disturbo bipolare, schizofrenia e diagnosi varie e i risultati tra questi sono stati contraddittori. Le revisioni sistematiche sullo skills training hanno mostrato risultati diversi. Tra i risultati positivi sono stati riscontrati miglioramenti significativi nelle abilità sociali, nella comunicazione interpersonale e nella qualità della vita. In particolar modo il programma di formazione settimanale sullo skills training "Helping Older People Experience Success" ha portato a miglioramenti rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari, funzionamento e partecipazione sociale, oltre che alla riduzione dei sintomi nei pazienti anziani con disturbo mentale grave. Non esistono prove sufficienti per l'uso di interventi basati sulla cognizione per migliorare le ADL (attività della vita quotidiana) e le IADL (attività strumentali della vita quotidiana). Evidenze solide supportano l'efficacia degli interventi basati sulla cognizione nel migliorare e mantenere le prestazioni durante il riposo e il sonno. Per quanto riguarda gli interventi che uniscono tecniche cognitive a elementi di interazione sociale o

formazione delle competenze, le prove sono più variegata. In alcuni studi si è osservato un miglioramento delle funzioni cognitive, mentre i risultati rispetto alle prestazioni sociali sono stati contrastanti. In altri invece sono stati riscontrati risultati soddisfacenti rispetto alle interazioni sociali, e nella qualità di vita. Non sono stati riscontrati miglioramenti rispetto alle ADL e IADL. L'utilizzo della tecnologia nella terapia occupazionale per il trattamento di persone con malattia mentale grave è sempre più frequente tuttavia i risultati sono ancora insufficienti ed è sicuramente necessaria una futura investigazione di questa tipologia di intervento.

Nella revisione sistematica di María del Carmen Rodríguez Martínez e colleghi (2017) l'obiettivo primario è indagare quali sono gli interventi di terapia occupazionale per il trattamento del disturbo bipolare e in modo più dettagliato comprendere quali sono gli aspetti che interferiscono con le occupazioni e le diverse terapie implementate con il disturbo bipolare. Gli articoli presi in considerazione sono stati scelti secondo i seguenti criteri di inclusione: pubblicazione tra il 2006 e il 2016; articoli che riguardano persone adulte di età superiore ai 18 anni, con diagnosi primaria di ansia generalizzata o depressione maggiore, e disturbo bipolare I, bipolare II o fase di eutimia; articoli che includono la terapia cognitivo comportamentale; in lingue inglese e/o spagnolo; revisioni sistematiche, studi case-control e studi di coorte. Sono state escluse le persone non maggiorenni e senza diagnosi di disturbo bipolare; studi di caso singolo, revisioni storiche, tesi, recensioni; tutti gli articoli che non includono la terapia occupazionale nel trattamento, articoli che trattano altri disturbi affettivi e che sono stati pubblicati da più di 10 anni. I risultati della ricerca hanno portato all'analisi di 9 articoli. Gli studi analizzati hanno generalmente ottenuto punteggi elevati, tranne quello di Jarman e colleghi (2010) che ha testato se l'utilizzo della medicina complementare e alternativa fosse più efficace rispetto al trattamento convenzionale quale psicoterapia, terapia farmacologica, etc. Inoltre tra questi l'unico a valutare l'occupazione in modo significativo è lo studio di Cakmak e colleghi (2016) volto a valutare gli effetti della terapia occupazionale e degli interventi psicosociali sul funzionamento e sui livelli di prestazione in pazienti con patologie psichiatriche quali schizofrenia, disturbo bipolare, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo e dipendenza da alcol. Nello studio 48 pazienti hanno partecipato al gruppo sperimentale partecipando ad attività di terapia occupazionale

mentre 43 pazienti che non hanno partecipato a queste attività sono stati inclusi nel gruppo di controllo. Sono stati somministrati dei questionari al momento del ricovero e dopo le dimissioni tra cui l'Interpersonal Functioning Scale (IFS) e la Personal and Social Performance Scale (PSP). È stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra il gruppo sperimentale e quello di controllo nei punteggi PSP ($p < 0,0001$). Gli altri interventi implementati negli studi selezionati per questa revisione sistematica includono la MBCT (terapia cognitiva basata sulla consapevolezza), MBSR (Riduzione dello Stress Basata sulla Consapevolezza), DBT (Terapia Dialettico-Comportamentale), TCC (Terapia Cognitivo-Comportamentale), MTC (Trattamento Misto).

Nella scoping review di Maria Rocamora-Montenegro e colleghi (2021) l'obiettivo è riuscire ad individuare i principali interventi di terapia occupazionale per il trattamento di persone con gravi disturbi mentali e descriverne le caratteristiche. La scoping review è stata condotta seguendo le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses per le Scoping Reviews, inoltre è stato utilizzato il Cochrane Manual per elaborare i risultati e le tabelle da inserire. I criteri di inclusione presi in considerazione per gli studi da selezionare sono stati: a) interventi di terapia occupazionale con disturbo mentale grave, studi sperimentali, randomizzati, non randomizzati e pilota/esplorativi, b) pazienti con disturbo mentale grave ovvero schizofrenia, disturbo schizotipico di personalità, psicosi, disturbo delirante, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore, c) lingue inglese o spagnola; d) studi con il testo completo disponibile. Tutti gli articoli che non rispondevano ai seguenti criteri di inclusione sono stati esclusi. La ricerca finale ha portato all'identificazione di 35 articoli sull'intervento di terapia occupazionale con il disturbo mentale grave, tra questi 15 sono studi RCT, 10 sono studi sperimentali, 5 sono studi sperimentali non randomizzati e 5 sono studi pilota. L'intervento psicosociale è stato l'intervento più utilizzato in terapia occupazionale negli studi individuati (14 articoli), principalmente è stato implementato singolarmente da terapisti occupazionali, in 5 di questi studi da un team multidisciplinare composto da più figure professionali. Gli obiettivi principali dell'intervento psicosociale sono stati il miglioramento della sintomatologia, favorire l'occupazione e il reinserimento socio-lavorativo dei pazienti. In questa scoping review l'intervento psicosociale per il trattamento del disturbo bipolare è stato

indagato in due studi. Il programma di intervento aveva durate diverse con sessioni di circa 60/90 minuti. Nella maggior parte dei casi l'intervento è stato condotto in gruppo, in sei studi singolarmente. L'intervento di psicoeducazione è stato il secondo intervento più utilizzato in terapia occupazionale (9 articoli). L'intervento di psicoeducazione è stato condotto singolarmente dal terapeuta in quattro studi, gli obiettivi prefissati sono stati: gestione della malattia, aumento delle capacità sociali e individuazione di attività significative. I programmi di intervento avevano una durata da 3 a 9 mesi e le sessioni dai 50 ai 90 minuti, in due studi la durata di questo intervento è stata notevolmente minore dalle 2 alle 4 settimane. L'intervento è stato implementato principalmente in gruppo, tranne in 2 studi in cui è stato condotto singolarmente. L'intervento cognitivo è stato il terzo intervento più utilizzato nella pratica occupazionale (7 articoli), il cui obiettivo principale è stato il miglioramento delle funzioni cognitive a causa del deterioramento cognitivo che si verifica in seguito al disagio psichico. In 4 articoli l'intervento è stato realizzato singolarmente dal terapeuta occupazionale, generalmente con gruppi di persone. Meno utilizzato è stato l'intervento basato sull'esercizio fisico che è stato condotto da un team multidisciplinare di terapisti occupazionali, fisioterapisti, medici, psicologi, psichiatri e dietologi con l'obiettivo di compensare il deterioramento cognitivo, aumentare la conoscenza e comprensione delle regole e favorire il lavoro in team tra i pazienti. In tutti gli studi l'intervento è stato implementato in gruppo con tempi e durate diversi. Per la valutazione dei sintomi nei diversi studi sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: PANSS e la scala di Andreasen per i sintomi negativi e positivi e la Young Mania Rating Scale per la valutazione dei sintomi maniacali. Per la valutazione dell'umore sono state impiegate le seguenti scale di valutazione: la Montgomery Asberg Depression Rating Scale, la Calgary Depression Scale for Schizophrenia, la Brief Psychiatric Rating Scale, il Beck Depression Inventory o la Hamilton Depression Rating Scale; gli strumenti di misurazione per valutare le funzioni esecutive sono stati: Trail Making Test (parte A e B), la Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, la Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome, il N-Back Task e l'Executive Function Performance Test. In misura minore sono state utilizzate altre scale per la valutazione della memoria. Nel complesso i gruppi di intervento hanno mostrato risultati migliori rispetto ai gruppi di controllo in tutti gli studi analizzati. Tuttavia, in cinque studi, sia i gruppi di

intervento che quelli di controllo hanno riportato entrambi dei miglioramenti post-intervento. Gli autori hanno evidenziato come gli interventi abbiano prodotto miglioramenti significativi in vari ambiti, quali la partecipazione e il funzionamento sociale, il funzionamento cognitivo (funzioni esecutive e memoria), la riduzione della sintomatologia e il benessere. Tuttavia, in tre studi tali miglioramenti non sono stati mantenuti al follow-up ed è importante sottolineare che solamente in tre studi inclusi miglioramenti osservati non sono risultati statisticamente significativi.

Nell'analisi fenomenologica interpretativa (IPA, ricerca qualitativa) di Juwairiyya Paruk e colleghi (2024) l'obiettivo principale è riuscire ad indagare quali sono le esperienze positive riferite all'impegno occupazionale nei partner di persone con diagnosi di disturbo bipolare di tipo I in modo tale da riuscire a comprendere di conseguenza le priorità occupazionali di questi pazienti. Queste esperienze stimolanti aiutano il terapeuta occupazionale a capire realmente chi è il cliente. Il campione dei partecipanti includeva partner di persone con disturbo bipolare di tipo I che avevano una relazione con queste da almeno 6 mesi, che hanno accettato di partecipare volontariamente alla ricerca e residenti in Sudafrica. I partner dovevano essere disposti a raccontare in modo dettagliato aspetti della loro vita con persone con disturbo bipolare di tipo I in lingua inglese. I terapisti occupazionali dipendenti in strutture psichiatriche pubbliche e private sono stati contattati da un gruppo di interesse per la terapia occupazionale e salute mentale che ha spiegato loro l'obiettivo dello studio ed i criteri di inclusione. Questo studio ha incluso 4 partecipanti per riuscire a garantire un'analisi approfondita e dettagliata. I dati sono stati raccolti attraverso interviste individuali guidate dal modello PEO (Persona-Occupazione-Ambiente) in modo da riuscire a cogliere quali fossero i fattori che hanno influenzato positivamente o negativamente l'impegno occupazionale di questi pazienti. Le interviste avevano una durata di circa 60-90 minuti e sono state condotte su una piattaforma tecnologica disponibile al pubblico (Zoom). I temi emergenti raccolti dalle interviste sono stati suddivisi in 5 aree: violazione, facilitatori, influenza occupazionale, influenza interna ed influenza esterna. Dai risultati emersi per quanto riguarda la violazione la testimonianza dei quattro partecipanti mostra un senso di sopraffazione nel gestire le circostanze contestuali che incide negativamente sul loro coinvolgimento in attività significative. La necessità di occuparsi di diversi compiti e assumere ruoli impegnativi, in particolare

quelli legati alla cura dei partner con diagnosi di disturbo bipolare, ha limitato la loro partecipazione sociale alle attività del tempo libero. Ad esempio, due persone raccontano come abbiano sacrificato la propria socializzazione, gli hobby e i rapporti familiari per stare vicino ai loro partner. I partecipanti descrivono come tutte queste responsabilità aumentino quando il partner attraversa momenti di acutizzazione dei sintomi generando ad esempio, nel caso di un partecipante, ansia, ostacolando la sua concentrazione nello studio. La necessità di farsi carico di responsabilità aggiuntive li fa sentire trascurati e non apprezzati, come espresso da altri, che avvertono una mancanza di supporto anche dalla comunità. I partecipanti riconoscono alcuni facilitatori (fisici e sociali) per la gestione della situazione, tra cui la rete sociale esterna alla relazione costituita da familiari, amici ma anche la religione che considerano luogo di solidarietà e appartenenza. Le occupazioni produttive sono percepite come sfide significative ma allo stesso tempo danno un grande senso di soddisfazione e realizzazione personale. Tuttavia, spesso i partecipanti si sentono sopraffatti dalle richieste di questi ruoli. In altri casi, attività come cucinare diventano importanti per riuscire a incrementare la fiducia e l'autostima in se stessi e questo riesce ad essere un fattore positivo rispetto alle insicurezze che possono emergere all'interno delle loro relazioni. Quello che pensa la società e lo stigma legato ai disturbi mentali dei partner influiscono sulla partecipazione sociale e questo sicuramente crea un conflitto interiore rispetto al fatto di essere presenti nella vita di queste persone ma anche il bisogno di avere i propri spazi personali. I valori personali e l'immagine di sé dei partecipanti svolgono un ruolo fondamentale nell'alimentare il loro impegno nelle attività quotidiane e nel mantenere un equilibrio occupazionale, sebbene questi stessi valori siano talvolta messi alla prova dalle responsabilità e dalle pressioni relazionali. In conclusione, i partecipanti affrontano diverse emozioni che oscillano tra il senso di responsabilità e la propria soddisfazione personale trovandosi continuamente a trovare un equilibrio tra le proprie necessità e quelle del partner. Per riuscire a garantire il loro benessere occupazionale ed emotivo il poter fare riferimento a supporti sociali e riuscire a mettere dei limiti nella relazione in modo tale da avere i propri spazi personali emergono come elementi fondamentali.

Lo studio pilota di Nicola Ann Plastow e colleghi (2018) è il primo ad esaminare l'effetto di un gruppo che utilizzava tamburi africani condotto da un terapeuta occupazionale e orientato a fornire beneficio alla salute mentale di adulti con disturbi

dell'umore. Questo studio non presentava il gruppo di controllo ed è stato condotto in una struttura privata in Sudafrica. Il programma di terapia occupazionale è stato implementato dal lunedì al sabato, dalle 9:00 alle 16:30 includendo variegate tipologie di attività di gruppo oltre al gruppo tamburi che sono stati inclusi nel pacchetto di terapia occupazionale, due volte alla settimana. I pazienti hanno partecipato alle sessioni di terapia occupazionale volontariamente dunque il numero di partecipanti variava ogni giorno. Oltre all'intervento di terapia occupazionale i pazienti sono stati seguiti da un team multidisciplinare in base alle loro esigenze, ricevendo anche servizi da parte dello psichiatra, terapia farmacologica, terapia cognitiva comportamentale e counseling da parte dello psicologo e assistenza infermieristica. Il soggiorno all'interno della clinica è stato di massimo 21 giorni. I partecipanti allo studio sono stati reclutati dai terapisti occupazionali attraverso un campionamento che li ha suddivisi in sei diversi gruppi di tamburi, organizzati due volte a settimana per un periodo di 3 settimane. Questi hanno compilato il questionario di ricerca durante uno dei sei gruppi che sono stati svolti nell'arco di 6 settimane. I dati sono stati raccolti su più gruppi. I criteri per l'inclusione selezionati erano: partecipazione libera al gruppo di tamburi, ricovero presso la clinica, età uguale o superiore a 18 anni e che i pazienti fossero in grado di dare il proprio consenso. Sono stati esclusi i pazienti con psicosi. Ogni sessione di tamburi durava 45 minuti, tutte le sessioni di tamburi sono state condotte da due terapisti occupazionali che lavoravano presso la clinica. I terapisti occupazionali hanno applicato l'intervento nei seguenti sei passaggi: 1) preparazione, 2) introduzione e riscaldamento dove i partecipanti si presentano e cominciano a familiarizzare con i tamburi, 3) tempo di ritmo dove vengono introdotti ritmi semplici e modi per tambureggiare per poi passare ad altre cose più complesse, 4) espressione dove i partecipanti oltre ai tamburi manifestano le proprie emozioni attraverso l'espressione, le voci e altri strumenti a percussione, 5) conclusione o rallentamento dove si raggiunge il culmine della sessione, può includere anche attività di rilassamento o altro in base ai bisogni degli utenti, 6) chiusura in cui i partecipanti discutono dell'esperienza relativamente a quello che hanno imparato e come potrebbe essere utilizzato anche in altre situazioni. Durante ciascuna sessione di tamburi, i terapisti occupazionali hanno adattato i ritmi, gli strumenti e le tecniche espressive per soddisfare le necessità terapeutiche dei partecipanti. Come principale misura di esito

in questo studio è stata utilizzata la Stellenbosch Mood Scale (STEMS), scala di autovalutazione caratterizzata da 24 item in cui i pazienti descrivono come si sentono in base a 6 domini quali tensione, rabbia, confusione, depressione, fatica e vigore su una scala a 5 punti che va da 0 a 4. I questionari sono stati distribuiti dai terapisti occupazionali prima e dopo la sessione. Prima dell'intervento i partecipanti hanno compilato la STEMS, la Generalized Anxiety Disorder scale e il Primary Health Questionnaire oltre ad aver risposto anche a delle domande relative all'utilizzo dei tamburi e della musica come attività terapeutiche e ricreative. Dopo l'intervento, i partecipanti oltre ad aver compilato la STEMS hanno compilato anche la scala Enjoyment of Interaction Scale caratterizzata da 4 item a cui è possibile attribuire un punteggio da 1 (per niente) a 7 (molto). Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software IBM SPSS Statistics e un punteggio $>.5$ è stato considerato statisticamente significativo. Inoltre è stato deciso di stabilire anche la relazione con il benessere mentale dopo la sessione e il divertimento durante la stessa sessione. Il livello di significatività è stato fissato a .05. Alle sessioni di intervento hanno partecipato 13 pazienti di età compresa tra i 33 e i 69 anni, la maggior parte donne, tutti con un disturbo dell'umore, 9 di questi con disturbo depressivo maggiore e gli altri 4 con disturbo bipolare. Prima dell'intervento tutti i partecipanti stavano vivendo un livello severo di ansia e depressione. Sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i punteggi della STEMS compilata prima e dopo le sessioni di intervento in tutti e sei i domini. I partecipanti hanno riferito di aver apprezzato molto l'attività di tambureggiamento con un punteggio medio totale di 27 negli item della Enjoyment of Interaction Scale. I partecipanti con livelli più elevati di ansia o depressione hanno mostrato un miglioramento maggiore in queste quattro sottoscale rispetto a quelli con livelli più bassi, non sono state riscontrate differenze significative tra uomini e donne, né tra i pazienti che partecipavano per la prima volta al gruppo tamburi e quelli che avevano già preso parte a questi sessioni.

Capitolo 5 - Discussione

L'evidenza emersa dall'analisi della letteratura presa in considerazione dopo lo svolgimento della seconda ricerca spiega quale può essere il ruolo del terapeuta occupazionale e la sua efficacia all'interno dell'intervento interdisciplinare rivolto a paziente con disturbo bipolare. Nello studio di Tomonary Hayasaka e colleghi (2021) i terapisti occupazionali hanno implementato il programma di supporto occupazionale (OSP), che si è posto come obiettivo primario la valutazione delle capacità cognitive e delle prestazioni lavorative di pazienti con disturbo dell'umore, incluso disturbo bipolare di tipo I e di tipo II. L'esito da raggiungere a seguito di questo programma è stato l'ottenimento di un impiego entro 1 anno dalla dimissione. Dei 49 partecipanti, 14 hanno raggiunto l'occupazione (gruppo occupazione) entro 1 anno dalla dimissione mentre gli altri 35 no (gruppo non occupazione). Nel confronto tra il gruppo occupazione e il gruppo non occupazione, è emerso che il numero di parole trascritte nel compito alla prima partecipazione all'OSP ($131,79 \pm 23,73$ vs. $106,20 \pm 39,23$) e lo stato dell'umore dopo questa prima partecipazione ($3,64 \pm 0,63$ vs. $3,09 \pm 1,07$, $p = 0,03$) erano significativamente più elevati nel gruppo occupazione rispetto al gruppo non occupazione. L'OSP dunque si è rivelato efficace perché i parametri valutati potrebbero essere degli elementi predittivi per il raggiungimento di un'occupazione intesa come lavoro in questi pazienti. Nell'articolo di Sachie Tanaka e colleghi (2023) è stato implementato un intervento di ritorno al lavoro, comprendente la terapia occupazionale e rivolto a pazienti con diagnosi di disturbo dell'umore o dell'adattamento. Tra i 30 partecipanti all'intervento a 6 di questi è stato diagnosticato il disturbo bipolare. La maggior parte dei programmi sono stati gestiti e implementati da terapisti occupazionali, sia nelle sessioni individuali che nelle sessioni di gruppo. In seguito all'intervento di ritorno al lavoro i partecipanti hanno mostrato un miglioramento dei sintomi ma anche della funzione cognitiva, dello stato psicossociale, dell'adattamento sociale e la prontezza rispetto al RTW ($p \leq 0,001-0,0279$). I due articoli presi in considerazione valutano l'intervento del terapeuta occupazionale coinvolto nell'ambito della produttività ed i risultati ottenuti dimostrano che l'inserimento lavorativo rappresenta un'importante area di intervento della terapia occupazionale, dove il terapeuta può contribuire significativamente portando al raggiungimento di risultati positivi, ovvero l'ottenimento di un'occupazione e determinando di conseguenza un miglioramento nella qualità di vita

del paziente e in termini di autonomia globale. Dunque si tratta di un intervento mirato e specifico della terapia occupazionale. Nel protocollo di revisione sistematica di Candice Crooks e colleghi (2023) gli esiti dell'intervento non sono ancora presenti perché la revisione sistematica deve essere ancora condotta e completata. Tuttavia questo protocollo è stato inserito ugualmente nei risultati ottenuti dalla ricerca scientifica poiché potrebbe essere un'interessante prospettiva per ampliare le tipologie di intervento in terapia occupazionale per il trattamento dei disturbi dell'umore. Nella revisione sistematica di Mariana L. D'Amico e colleghi (2018) sono stati ricercati i principali interventi di terapia occupazionale nonché la loro efficacia per migliorare performance occupazionale e partecipazione di persone con grave disturbo mentale incluso il disturbo bipolare. Gli interventi trovati sono stati raggruppati in 5 grandi aree tra cui gli interventi centrati sull'occupazione (ADL e IADL), psicoeducazione, skills training, interventi focalizzati sulla funzione cognitiva e interventi caratterizzati dall'utilizzo della tecnologia come supporto. Gli interventi centrati sull'occupazione con obiettivi personalizzati sul cliente hanno portato a risultati significativi sulla performance occupazionale e partecipazione sociale. Gli interventi focalizzati sulla funzione cognitiva hanno portato a un miglioramento rispetto ad abilità cognitive e di problem solving ma non nelle abilità di performance di ADL e IADL. Quando questi sono stati combinati con interventi sulle abilità sociali, sulle attività sociali e sul mentoring questo ha portato a un miglioramento della funzione sociale e delle qualità di vita. I programmi psicoeducativi sono dunque risultati efficaci. Gli interventi basati sulla tecnologia richiedono ulteriore evidenza scientifica per essere supportati. Nella revisione sistematica di María del Carmen Rodriguez e colleghi (2017) i 9 studi presi in considerazione hanno portato tutti a risultati significativi tranne uno, quello di Jarman e colleghi (2010) relativo all'efficacia della medicina complementare rispetto al trattamento convenzionale. Lo studio di Cakmak e colleghi (2016) centrato sulla terapia occupazionale e sugli interventi psicosociali per il trattamento di pazienti con schizofrenia, disturbo bipolare, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo e dipendenza da alcol ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra il gruppo sperimentale e quello di controllo. Gli altri interventi descritti negli studi selezionati hanno portato a risultati significativi e sono stati: MBCT (terapia cognitiva basata sulla consapevolezza), MBSR (Riduzione dello Stress Basata sulla Consapevolezza), DBT (Terapia Dialettico-Comportamentale), TCC (Terapia

Cognitivo-Comportamentale), MTC (Trattamento Misto). La scoping review di Maria Rocamora-Montenegro e colleghi (2021) ha individuato i seguenti interventi di terapia occupazionale per il trattamento di pazienti con gravi disturbi mentali: l'intervento psicosociale, il più utilizzato; l'intervento di psicoeducazione, l'intervento cognitivo e l'intervento basato sull'esercizio fisico. Indipendentemente dalla tipologia di intervento, i risultati mostrano che la terapia occupazionale nell'intervento di queste persone ha avuto effetti positivi: gli interventi psicosociali migliorano la sintomatologia e facilitano il rientro a lavoro; quelli psicoeducativi incrementano in modo positivo la percezione che si ha sulla propria salute e la partecipazione sociale; sulla percezione della salute e partecipazione sociale; gli interventi cognitivi migliorano memoria e funzioni esecutive, mentre quelli basati sull'esercizio fisico incidono sul benessere generale e riducono sintomi depressivi. Gli interventi centrati sull'occupazione (ADL/IADL) sicuramente rappresentano una tipologia di intervento specifica per il terapeuta occupazionale. Rispetto ad altri interventi presi in considerazione negli articoli sopra citati in Italia nelle strutture sia pubbliche che private che si occupano di salute mentale e patologie psichiatriche questi però sono spesso implementati da altre figure professionali. Si riscontra la medesima modalità operativa per gli interventi psicosociali, di psicoeducazione, social skills training e di tipo cognitivo (rimedio cognitivo) che molto spesso sono condotti dall'educatore professionale. Si potrebbe ipotizzare sulla base di queste considerazioni lo sviluppo di un lavoro congiunto tra l'educatore e il terapeuta occupazionale, in cui il primo sia più centrato sugli aspetti di integrazione sociale e sviluppo di competenze sociali mentre il secondo più focalizzato sugli aspetti di autonomia, indipendenza nelle ADL/IADL, gestione della routine quotidiana, analisi dell'attività e analisi ambientale ed eventuali adattamenti. Nell'analisi fenomenologica interpretativa i terapeuti occupazionali hanno somministrato più questionari ai partner di persone con disturbo bipolare di tipo I per riuscire a comprendere chi fosse il vero cliente dell'intervento occupazionale e quali fattori potessero influenzare positivamente o negativamente l'occupazione. I questionari compilati sono stati guidati dal modello PEO (Persona-Occupazione-Ambiente) e i risultati hanno evidenziato varie esperienze positive e sfide legate al coinvolgimento occupazionale. È importante sottolineare che tali risultati si riferiscono esclusivamente ai quattro partecipanti di questo studio e, di conseguenza, non sono

generalizzabili, vanno piuttosto interpretati. Questo articolo risulta essere comunque particolarmente importante poiché prende in considerazione il ruolo del partner di una persona con disturbo bipolare e le ripercussioni che questa patologia psichiatrica ha anche sulla sua vita. Sicuramente nella presa in carico del paziente è necessario considerare anche il caregiver per poter ottenere dei risultati efficaci rispetto all'intervento riabilitativo che si vuole implementare. Molto spesso si pensa che il deficit fisico sia più difficile da affrontare e trattare rispetto ad un deficit di tipo mentale perché forse più nascosto e meno evidente. Tuttavia, come esplicitato dai risultati ottenuti dall'analisi fenomenologica interpretativa, il carico assistenziale è difficile da sostenere anche per i partner di persone con patologia psichiatrica. Dunque il coinvolgimento dei principali caregiver nel trattamento risulta essere fondamentale. Nello studio pilota di Nicola Ann Plastow e colleghi (2018) i terapisti occupazionali hanno condotto sessioni di gruppo basate sull'utilizzo di tamburi africani secondo un programma suddiviso in 5 fasi principali: 1) preparazione, 2) introduzione e riscaldamento, 3) tempo di ritmo, 4) espressione, 5) conclusione o rallentamento, 6) chiusura. Lo studio è il primo ad esaminare l'effetto di queste sessioni di tambureggiamento sul benessere mentale di persone con disturbo dell'umore. Dai risultati ottenuti è emersa una diversità statisticamente significativa tra il pre e post-intervento con i tamburi in tutti e sei i domini della Stellenbosch Mood Scale. Inoltre i partecipanti hanno riferito di aver apprezzato molto questa tipologia di attività durante le sessioni di gruppo attribuendo un punteggio totale di 27 alla Enjoyment of Interaction Scale. Oltre alle sessioni di tambureggiamento sono stati implementati, sempre da terapisti occupazionali, anche altre attività terapeutiche di gruppo quali: life skills (abilità cognitive, emotive e relazionali di base), arte, artigianato e gruppi di rilassamento. Sarebbe interessante comprendere come sono stati ripartiti gli interventi, qual'è stato il tempo dedicato a questi in modo tale da poter fare una proporzione e comprendere anche se questi sono stati più o meno efficaci rispetto a quello implementato attraverso l'utilizzo di tamburi africani. Rispetto al quesito di tesi in generale sono state riscontrate alcune difficoltà per la ricerca di articoli scientifici rilevanti. In molti articoli spesso non viene esplicitata la figura del terapeuta occupazionale anche se si tratta di un intervento che può essere realizzato secondo le competenze di questa figura professionale. Inoltre nella letteratura scientifica sono pochi gli articoli relativi al trattamento specifico del

disturbo bipolare in terapia occupazionale, poiché vengono presi in considerazione in modo più generale la condizione di disturbo mentale grave o di disturbi generici del tono dell'umore.

Capitolo 6 - Conclusioni

Rispetto al primo quesito di tesi, ovvero qual è l'intervento del terapeuta occupazionale nell'ambito della telemedicina per i pazienti con disturbo bipolare, la ricerca in letteratura non ha portato a risultati rilevanti. Dunque è stato sviluppato il secondo interrogativo, attraverso una ricerca mirata a comprendere il ruolo del terapeuta occupazionale nell'intervento riabilitativo in senso più ampio con persona con disturbo bipolare e quali possono essere le possibili proposte terapeutiche, nonché la loro efficacia con questa tipologia di pazienti. L'indagine ha portato a considerare 8 articoli: uno studio retrospettivo, uno studio osservazionale longitudinale a braccio singolo, un protocollo di revisione sistematica, due revisioni sistematiche, una scoping review, uno studio pilota e un'analisi fenomenologica interpretativa (studio qualitativo). In particolare, Hayasaka et al. (2021) hanno implementato il programma di supporto occupazionale (OSP) volto a valutare le capacità cognitive e lavorative di pazienti con disturbi dell'umore. I risultati mostrano che i pazienti che hanno completato il programma hanno maggiori probabilità di ottenere un impiego entro un anno dalla dimissione. Allo stesso modo, Tanaka et al. (2023) hanno condotto un intervento di ritorno al lavoro che ha dimostrato miglioramenti significativi nei sintomi, nelle capacità cognitive e nell'adattamento sociale dei partecipanti. Nelle revisioni di Mariana L. D'Amico et al. (2018), Maria del Carmen Rodriguez e al. (2017) e nella scoping review di Maria Rocamora-Montenegro e colleghi (2021) gli interventi di terapia occupazionale indagati sono stati: gli interventi centrati sull'occupazione, di psicoeducazione, psicosociale e cognitivo e tutti hanno portato a risultati statisticamente significativi. In Italia molto spesso parte degli interventi sopracitati sono implementati da altre figure professionali, come ad esempio l'educatore professionale. Da tale premessa è scaturita una riflessione circa la possibilità di proporre un'integrazione tra terapisti occupazionali e altre figure coinvolte nel progetto riabilitativo, con una ripartizione collaborativa delle aree di intervento che porterebbe ad una ottimizzazione dei risultati. Un'altra considerazione scaturita dalla letteratura evidenzia l'importanza del coinvolgimento dei caregiver, come emerso in particolare nell'analisi fenomenologica rivolta a partner di persone con disturbo bipolare, che conferma l'efficacia di considerare anche l'impatto del disturbo sui familiari o sulle persone che stanno a fianco di chi ne soffre per un intervento completo e sostenibile. In conclusione, la letteratura conferma che i TO svolgono un ruolo fondamentale, soprattutto nel reinserimento lavorativo e nel miglioramento della qualità di vita. Ciononostante, la figura del TO è poco citata esplicitamente e soprattutto in trattamenti generali per i disturbi mentali.

Bibliografia

Giuseppe Nicolò e Enrico Pompili (2023), "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", editore: Raffaello Cortina, Italia.

Nivoli et Al. (2011) "Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity", *Journal of Affective Disorders*, Vol. 133, pag. 443-449.

Mustafa Yildiz (2021), "Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder", *Archives of Neuropsychiatry*, Vol. 58 (Suppl 1), pag. 77-82.

Say Zhao, Stephanie Sampson, Jun Xia, Mahesh B Janaram (2016), "Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness", *Cochrane Library*.

John R Geddes and David J Miklowitz (2013), "Treatment of bipolar disorder", *The lancet*, Vol. 381, pag. 1597-1896.

Maria Raineres et Al. (2014) "Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when", *Journal of Affective Disorders*, Volume 156, pag. 46-55.

Alice Medalia, Tiffany Herlands, Alice Saperstein, Nadine Revheim (2017), "Cognitive remediation for psychological disorders: therapist guide (2 edition)", Oxford University Press.

M. Raineres et Al. (2016), "The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review", *Journal of Affective Disorders*, Volume 43, pag. 47-57.

Porter Susann et Al. (2018), "Critical factors for the return-to-work process among people with affective disorders: Voices from two vocational approaches", *Work*, Volume 60, pag. 221-234.

Mary E. Woesner et Al (2014), "The Assertive Community Treatment Team: An Appropriate Treatment for Medical Disorders With Prominent Psychiatric Symptoms", *Journal of clinical Psychiatry*.

Marina Dietrich et Al (2017) "Intensive case management for severe mental illness", *Cochrane Library*.

Latife Utas Akhan et Al. (2017) "Impact of marbling art therapy activities on the anxiety levels of psychiatric patients", *Journal of Human Science*, Volume 14.

Maria Mocanora Montenegro et Al. (2021) "Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review", *BMJ Open*, Volume 11.

Alessandro Peretti et Al. (2017) "Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application", *Journal of Medical Internet Research*, Volume 4.

Janet Pvrü Bettger et Al. (2020) "Telerehabilitation in the Age of COVID-19: An Opportunity for Learning Health System Research", *Physical Therapy and Rehabilitation Journal*, Volume 100, pag. 1913-1916.

Niloufar Rabanifar et Al. (2021) "Barriers and Challenges of Implementing Telerehabilitation: A Systematic Review", *Iranian Rehabilitation Journal*, Volume 19, pag. 121-128.

Bini et Al. (2016) "Telemedicine and orthopedic surgery: The challenges of keeping pace with technology", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Volume 474(6), pag. 1360-1365.

Chen et Al. (2020) "Efficacy of Telerehabilitation for Post-Stroke Patients: A Systematic Review." *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Vitacca et Al. (2021) "The severity of acute exacerbations of COPD and the effectiveness of pulmonary rehabilitation", *respiratory Medicine*, Volume 184.

Laver et Al. (2020) "Telerehabilitation service for stroke", *Cochrane Library*.

Turner et al. (2020). *Physical therapy in the digital age: The role of tele-rehabilitation. Physical Therapy Journal*.

Cott et Al. (2020), "The role of occupational therapy in tele-rehabilitation: A systematic review", *Occupational Therapy International*.

Gaggioli et Al. (2019), "Tele-rehabilitation: Improving patient engagement and adherence", *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Smith et Al. (2019), "Remote Neuropsychological Assessment: Validity and Reliability." *Journal of Neuropsychology*.

Johnson et Al. (2022), "Cognitive-Behavioral Therapy via Telehealth: Efficacy and Implementation", *Clinical Psychology Review*.

Rachel Proffitt et Al. (2021), “Stimulating Research to Advance Evidence-Based Applications of Telehealth in Occupational Therapy”, Sage Journals, Volume 41.

Geddes et Al. (2013), “Treatment of bipolar disorder”, Lancet, Volume 381, pag. 1672-1682.

Karen Tugrul et Al. (2003), “The Nurse’s Role in the Assessment and Treatment of Bipolar Disorder”, Sage Journals, Volume 9.

Aarti Jagannathan (2021), “Role of Psychiatric Social Workers in Psychiatric Rehabilitation”, Research Gate.

Miklowitz et Al (2008), “Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2 year randomized trial”, JAMA Psychiatry, Volume 65, pag. 1053-1061.

Cuijpers et Al. (2008), “Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies”, Apa Psycnet, Volume 76, pag. 909-922.

Tomohori Hayasaka et Al. (2021), “Factors Associated With Time to Achieve Employment Through Occupational Support Programs in Patients With Mood Disorders: 1 Year Naturalistic Study”, Frontier in Psychiatry, Volume 12.

Sachie Tanaka et Al. (2023), “Outcomes of an interdisciplinary return to work intervention including occupational therapy for mood and adjustment disorders: A single-arm clinical trial”, IOS press, Volume 74, pag. 515.530.

Candice Crooks et Al. (2023), “Systematic review protocol of yoga therapy as a modality in occupational therapy practice for adults experiencing mood disorders”, BMJ Open, Volume 14.

Mariana L. D’Amico (2018), “ Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review”, The American Journal of Occupational Therapy, Volume 72.

María del Carmen Rodríguez Martínez¹ et Al. (2017), “La Terapia Ocupacional en Personas con Trastorno Bipolar”, Rivista Chilena de Terapia Ocupacional, Volume 20, pag. 219-231.

Maria Rocamora-Montenegro et Al. (2021), “Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review”, *BMJ Open*, Volume 11.

Juwairiyya Paruk et Al. (2024) “The Hidden Client: Understanding the Lived Experience of Occupational Engagement of Partners of Persons Diagnosed with Bipolar I Disorder”, *Occupational Therapy in Mental Health*.

Nicola Ann Plastow et Al. (2018), “The Immediate Effect of African Drumming on the Mental Well-Being of Adults With Mood Disorders: An Uncontrolled Pretest–Posttest Pilot Study”, *American Journal of Occupational Therapy*, Volume 72.

Sitografia

Manuale MSD (2023). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-bipolari>

State of mind (2011), "Il giornale delle scienze psicologiche". Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.stateofmind.it/2017/03/traumi-psicopatologia-genitoriale-disturbo-bipolare/>

Medicina 360 (2024). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.medicina360.com/disturbo-bipolare-terapia.html>

Epicentro (2018). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>

Psypedia (2022). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.psypedia.it/il-disturbo-bipolare/>

State of mind (2011). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.stateofmind.it/psicoterapia-cognitivo-comportamentale/>

Psicologia Insieme Livorno (2023). Disponibile online all'indirizzo:
<https://www.psicologiainsiemelivorno.it/social-skills-training-cose/>

Neuro Launch (2023). Disponibile online all'indirizzo:
<https://neurolaunch.com/occupational-therapy-interventions-for-bipolar-disorder/>

Ringraziamenti

Innanzitutto vorrei ringraziare il professor Toffanin e la dottoressa

Calzamatta per avermi aiutata e seguita nella stesura di questo lavoro di tesi.

Ringrazio i miei docenti, i tutor e soprattutto tutti i pazienti che ho incontrato nei diversi tirocini per tutto quello che mi hanno insegnato.

Poi un importantissimo ringraziamento va ai miei amati genitori, a mio fratello Samir e alle mie amiche più care per avermi accompagnata e sostenuta durante questo percorso universitario. Dedico questo grande traguardo della mia vita a tutte le persone che amo e a chi purtroppo non c'è più ma in realtà è ancora sempre vicino a me. Senza le persone che amo non sarei qui.