

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA:

**LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI
GRUPPO SECONDO IL METODO DI FRANCO VELTRO
PRESSO I SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA.**

REVISIONE DELLA LETTERATURA.

Relatore: Dottor Mantoan Claudio

Correlatore: Dottoressa Domenicucci Erika

Laureando: Gabai Elena

Matricola n°: 1196775

Anno Accademico 2020-2021

ABSTRACT

Background. Il paziente psichiatrico, a causa della sua condizione patologica, presenta delle difficoltà ad ottenere autonomamente coscienza di malattia e a diventare, nell'immediato, "partecipante attivo" della sua condizione di salute, ad esempio, riuscendo ad identificare in tempi utili i segni e i sintomi che precedono una crisi. Generalmente nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) il trattamento è prevalentemente farmacologico, accompagnato da visite mediche e/o colloqui individuali effettuati su richiesta del paziente, in relazione ad acutizzazione della sintomatologia o per la condivisione del progetto di cura. Questo comporta che, sebbene il farmaco sia utile nella gestione dei sintomi, il paziente non sempre può essere stimolato ad acquisire consapevolezza e maggior autonomia sui problemi che insorgono prima o durante una crisi. Inoltre, spesso, il ricovero nel SPDC è, per il paziente, il punto di partenza di un percorso terapeutico-riabilitativo incentrato sulla propria salute mentale, mai attraversato prima. Può essere quindi un ambiente nuovo, dove ci si sente inesperti e spesso anche accompagnati da pregiudizi. Premesso questo, un valore aggiunto in un SPDC può essere quello di investire nell'attività di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativa manualizzata da Veltro et al. (2015), utilizzata come strumento di sensibilizzazione e consapevolizzazione da parte del paziente rispetto al suo stato di salute e ai motivi del ricovero, usufruire positivamente della convivenza in reparto con gli altri pazienti per scambio di idee, opinioni, saperi e vissuti. Inoltre, può essere di supporto all'*equipe* curante per conoscere al meglio possibile il paziente, trovando la strada terapeutica migliore, puntando anche su una migliore collaborazione consapevole del paziente stesso e a un miglior clima di reparto.

Finalità e obiettivi. L'obiettivo di questa tesi è quello di indagare l'utilità della terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo implementata col metodo di Franco Veltro et al. (2015), nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Materiali e Metodi. Per la stesura dell'elaborato è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle seguenti banche dati: PubMed, Trip DataBase, Cochrane

Library, Cinhal, Cambridge University Press e La Rivista di Psichiatria online, applicando criteri precisi di selezione.

Risultati. La ricerca ha permesso di individuare 7 articoli che hanno risposto ai criteri di inclusione stabiliti: 2 Trial Randomizzati Controllati , 2 studi di coorte prospettici e 3 studi di coorte retrospettivi. I risultati emersi dall'analisi dei documenti presi in esame dimostrano che vi è un miglior *outcome* (statisticamente significativi) per i pazienti ricoverati nei SPDC per quanto riguarda i seguenti indicatori di efficacia analizzati:

- allontanamenti non concordati dal reparto;
- riammissioni;
- TSO nelle riammissioni;
- atti di violenza e/o di aggressività;
- contenzioni fisiche;
- atmosfera di reparto;
- soddisfazione dei pazienti;

Conclusioni. Gli studi dimostrano che, con l'investimento nell'attività di gruppo con un approccio strutturato di tipo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo si possono ottenere benefici per i pazienti e per il servizio che li ha in carico. Inoltre, agli infermieri può essere affidata la gestione dei gruppi, dopo un opportuno corso di formazione. È però consigliato vengano prodotti nuovi studi RCT di qualità, per valutare e confermare i benefici che l'attività di gruppo può portare in un reparto per acuti.

Keywords. *“Group cognitive-behavioral intervention AND SPDC AND diffusion AND efficacy”, “Group cognitive-behavioral AND nurse AND SPDC”, “Terapia Cognitivo-Comportamentale di Gruppo AND psicosi AND Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura”, “inpatient care AND Group cognitive-behavioral intervention” , “Franco Veltro.*

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE.....	pag. 1
CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO.....	pag. 3
1.1 L'organizzazione dei servizi di salute mentale.....	pag. 3
1.1.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e la sua storia.....	pag. 3
1.1.2 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	pag. 6
1.1.3 Il ruolo dell'infermiere nell'ambito dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.....	pag. 8
1.2 La terapia psicoeducativa cognitivo-comportamentale di gruppo.....	pag. 9
1.2.1 La nascita del progetto e il suo riconoscimento in Italia.....	pag. 10
1.2.2 Il manuale.....	pag. 12
1.2.3 Realizzazione e gestione degli incontri.....	pag. 13
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	pag. 17
2.1 Obiettivo dello studio.....	pag.17
2.2 Domande di ricerca.....	pag.17
2.3 Disegno dello studio.....	pag.17
2.4 Strategie di ricerca.....	pag.17
2.5 Criteri di inclusione degli studi.....	pag.18
2.6 Strategie di selezione.....	pag.19
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA.....	pag.21
3.1 Riassunto degli studi analizzati.....	pag.21
3.2 Gli studi: scopo, materiali e metodi, risultati e conclusioni.....	pag.22
3.3 Sintesi dei risultati prodotti.....	pag.56

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	pag.65
4.1 Discussione.....	pag.65
4.2 Implicazioni per la pratica.....	pag.67
4.3 Implicazioni per la ricerca.....	pag.67
4.4 Conclusioni.....	pag.68
BIBLIOGRAFIA.....	pag.71
SITOGRAFIA.....	pag.75
ALLEGATI.....	pag.77

INTRODUZIONE

L'argomento trattato in questa tesi è l'attività di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativa ideata a partire dal 1997 presso il Servizio Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale San Filippo Neri a Roma, dai due psicologi Alessandro Bazzoni e Maria Laura Rosicarelli. È stata poi portata avanti anche presso il SPDC dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, dove prese vita la prima edizione del manuale che descrive il progetto svolto ormai da oltre vent'anni presso vari SPDC sia a livello nazionale che internazionale.

Il manuale, giunto nel 2015 alla terza edizione, è stato utilizzato da diversi SPDC in Italia, tra i quali, a partire dall'Agosto del 2020, il reparto dove ho svolto il tirocinio (tra il 2020 e il 2021).

Al fine di attivare questa iniziativa il personale del SPDC ha svolto un corso di formazione dal medico-psichiatra e psicoterapeuta Franco Veltro, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della zona Campobasso dell'Azienda Sanitaria Regione Molise. L'obiettivo indicato dal reparto è quella di ottenere una diminuzione dei reingressi attraverso l'introduzione dell'attività di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativa. Quest'ultima è volta a sviluppare nel paziente maggior consapevolezza di malattia e una miglior aderenza al progetto terapeutico personalizzato, tale da evitare le situazioni predisponenti che espongono il paziente a ricadute esitanti in ricovero.

Bisogna tenere conto che il paziente psichiatrico, proprio a causa della sua patologia, fa fatica ad ottenere autonomamente coscienza di malattia e ad essere quindi responsabile e "partecipante attivo" della sua condizione di salute e dell'identificazione dei segni e dei sintomi che precedono una crisi. Nei SPDC il trattamento è prevalentemente farmacologico, accompagnato da visite mediche e/o colloqui individuali effettuati su richiesta del paziente, in relazione a acutizzazione della sintomatologia o per condivisione del progetto di cura. Di conseguenza, sebbene il farmaco sia utile nella gestione dei sintomi, il paziente non sempre può essere stimolato ad acquisire consapevolezza e maggior autonomia sui problemi che insorgono prima o durante una crisi.

Per tale motivo ho voluto approfondire tramite questa revisione i benefici dell'utilizzo di questo specifico lavoro di gruppo come strumento di sensibilizzazione e consapevolezza da parte del paziente del suo stato di salute e dei motivi del ricovero, trasformazione in "valore aggiunto" della convivenza con gli altri pazienti e aiuto all'equipe curante a trovare la strada terapeutica migliore, puntando anche su una migliore collaborazione consapevole del paziente stesso.

Io stessa, partecipando ai gruppi e cimentandomi nella co-conduzione di uno di essi, ho percepito una maggiore apertura dei pazienti nei confronti delle figure professionali che li circondavano, una maggior riflessione sui motivi del ricovero o su aspetti culturali legati alle patologie psichiatriche (ad esempio hanno appreso cosa fosse l'ansia, la paura, perché si è soggetti a questo tipo di emozioni e quali potrebbero essere le soluzioni o gli aiuti da ricercare per superarne la difficoltà) e una maggior condivisione con tutti gli utenti e l'intera equipe dei pensieri e dei vissuti personali. Ho notato come in mezzo al gruppo di pari ci si senta meno giudicati e più propensi alla condivisione. Infatti i pazienti si ascoltano a vicenda, dimostrandosi interessati agli argomenti che vengono trattati e partecipando quasi tutti attivamente agli stimoli che il conduttore esercita mediante domande durante l'attività. Le difficoltà per ottenere una partecipazione attiva e stimolante del singolo utente insorgono quando coesistono con la malattia psichiatrica anche limitazioni fisiche o deficit cognitivi che impediscono di seguire attentamente i dialoghi che si creano durante il gruppo.

Nonostante quest'ultima precisazione ho trovato che, nella sua semplicità, questa attività è molto stimolante e arricchisce non solo gli utenti, ma anche l'*equipe* che vi partecipa.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

CAPITOLO 1.1. : L' organizzazione dei servizi di salute mentale

“ Cambiate il modo di guardare un paziente affetto da un disturbo mentale, guardatelo con gli stessi occhi con cui guardereste un paziente oncologico, un paziente neurologico e così via. Tutti i malati hanno la stessa dignità, gli stessi diritti, la stessa voglia di farcela, di sopravvivere, di riabbracciare le persone amate, di tornare ad essere libere dalla malattia.” (Camilla Cetola, infermiera. Nurse24it, 2021)

La legislatura 17^a - Disegno di legge n. 2850 riporta l'obiettivo di promuovere e proteggere il pieno possesso dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disagio e disturbo mentale e di promulgare misure idonee a garantire alle persone stesse e alle comunità l'accesso a una assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle loro specifiche necessità.

Sono state inoltre suddivise tre aree di prevenzione:

- Area di Prevenzione Primaria: È la prevenzione dell'incidenza di specifiche malattie. Si ottiene eliminando i fattori causali implicati riducendo il rischio di malattia, innalzando la soglia di resistenza, intervenendo sulle vie di trasmissione del disturbo.
- Area di Prevenzione Secondaria: Si propone di ridurre la prevalenza della morbosità mediante diagnosi precoce ed un trattamento tempestivo dei disturbi psichici.
- Area di Prevenzione Terziaria: Mira a ridurre la disabilità della persona colpita, ossia lavora sul difetto residuo/infermità causati da un disturbo mentale che dopo la fase acuta diviene ad andamento cronico.

1.1.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e la sua storia

“Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria

Locale (ASL).” (*La legislatura 17^a - Disegno di legge n. 2850 e Ministero della Salute, 2022*).

Il DSM si dirama in diversi servizi alla persona:

- centro di salute mentale (CSM); è la struttura territoriale incaricata dell'organizzazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dell'utente. Programma interventi di tipo ambulatoriale e/o domiciliare. È attivo dodici ore al giorno per sette giorni alla settimana ed è strutturato in modo tale che possa fornire assistenza diurna per i soggetti che non necessitano di un ricovero ospedaliero.
- servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC); si tratta di un servizio ospedaliero dove vengono attuati interventi d'urgenza volontari e obbligatori, in regime di ricovero. Viene effettuato un inquadramento diagnostico e viene impostata una terapia mirata, formulando un primo progetto di presa in carico che sarà poi coordinato dal Centro di Salute Mentale (CSM).
- day hospital (DH); si tratta di un servizio, spesso collocato in area ospedaliera o vicino al Centro di Salute Mentale, di assistenza semiresidenziale per fornire prestazioni di tipo diagnostico e terapeutiche di breve e medio termine. È aperto otto ore al giorno per sei giorni settimanali.
- comunità terapeutiche residenziali protette (CTRP); è una struttura intermedia per pazienti con gravi disturbi psichici, giovani, che necessitano di interventi riabilitativi di alta specializzazione, lontano dalla famiglia. La dimissione avviene in modo graduale e a seconda del caso può prendere strade diverse: vita autonoma, rientro in famiglia, gruppi appartamento, inserimento in strutture residenziali assistite.
- centro diurno di riabilitazione psichiatrica; è una struttura diurna semiresidenziale per pazienti con disagio psichico serio che hanno bisogno di interventi riabilitativi di lungo-medio termine. È un contesto ricco di stimoli che ha come scopo quello di attivare e conservare i processi psichici dell'individuo non modificati dalla patologia, come l'apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività quotidiane e nelle relazioni interpersonali sia

individuali che di gruppo. È aperta almeno otto ore al giorno per sei giorni settimanali.

- struttura residenziale assistita (SRA); è una struttura sanitaria intermedia dove l'individuo consolida le capacità autonome raggiunte personali e sociali tramite un percorso riabilitativo.
- gruppi appartamento; si tratta di strutture paragonabili alle comuni abitazioni, con un massimo di sei posti letto.

(La legislatura 17^a - Disegno di legge n. 2850 e Ministero della Salute, 2022).

Questa strutturazione del sistema di cura per il disagio mentale ha le sue radici tra il 1961 e il 1969, quando Franco Basaglia (Venezia, 11 marzo 1924 – Venezia, 29 agosto 1980), psichiatra, neurologo e docente che condusse i suoi studi presso l'Università degli Studi di Padova, divenne il nuovo direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia. Qui iniziò ad elaborare le basi della sua riflessione sul ruolo dell'istruzione ospedaliera in rapporto al paziente psichiatrico e alle possibilità di cura. A quel tempo, in Italia, la legge Giolitti (Legge n. 36 del 14 febbraio 1904) prevedeva che i pazienti psichiatrici fossero privati dei loro diritti civili e fossero iscritti al casellario giudiziario. Essi non erano ritenuti e resi in grado di prendere autonomamente decisioni per la loro esistenza e soggiornavano nei manicomi, strutture chiuse al mondo esterno. Uomini e donne conducevano le loro giornate in aree separate e vi era una ulteriore suddivisione in padiglioni secondo un criterio di "pericolosità" dei singoli individui. Era vietato trattenere oggetti personali e i contatti con l'esterno erano minimi. I trattamenti che venivano effettuati prevedevano diversi tipi di terapie shock, come quella elettroconvulsiva (ideata dal neurologo Ugo Cerletti presso l'Università di Padova) o l'utilizzo di insulina per indurre uno stato di coma diabetico. Erano previsti inoltre metodi contenitivi, come le famose camicie di forza o addirittura il paziente veniva legato al letto nei momenti in cui era in preda a crisi acute.

Basaglia sosteneva che alla base della malattia mentale vi fossero cause biologiche, ancora oggi non individuate, e per questo motivo sostenne l'uso degli psicofarmaci (disponibili dagli anni Cinquanta). Con l'approccio farmacologico, reso possibile dalle innovazioni dei medicinali, si poteva intervenire in modo chimico su quelle che erano

le manifestazioni della patologia e riuscire così ad aprire una strada nel trattamento dei disturbi. Basaglia riteneva inoltre che fosse importante costruire un rapporto medico-paziente nuovo, dove il dialogo tra i due soggetti diventasse il focus principale.

Il primo passo attuato da Basaglia fu quello di aprire un ospedale dove i pazienti potevano circolare liberamente in tutti gli spazi e potevano riprendere a frequentare la società, oltre che l'ospedale.

Nel 1968, con la legge Mariotti, venne abolito il ricovero coatto del 1904 e i malati riacquistarono i diritti civili.

Basaglia fece costruire delle strutture cooperative dove i pazienti potevano lavorare e ricevere un loro stipendio, acquisendo una propria autonomia e dignità. Riuscì a creare una nuova generazione di psichiatri che portò a una rivoluzione culturale e sociale, attirando l'attenzione dell'opinione pubblica. Questo portò, alla fine degli anni Settanta, a una riforma delle istituzioni psichiatriche italiane e dell'approccio clinico-sociale ai disturbi mentali. Il primo firmatario fu Bruno Orsini con la legge 180 del 1978, che prevedeva la chiusura di tutti i manicomi, il divieto di costruirne di nuovi e l'affidamento di tutti i pazienti a nuove strutture territoriali da ideare. Si strutturarono, all'interno degli ospedali civili, quelli che oggi chiamiamo Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), eliminando così la precedente separazione tra malati del corpo e malati della mente (*Zanichelli, Aula di Scienze, 2021*).

1.1.2 Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

La struttura oggetto di questa tesi è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Si tratta di uno dei diversi reparti che si trovano all'interno degli ospedali, con un posto letto ogni 10.000 abitanti, con un tetto, comunque, di 16.

Il servizio ha il compito di prendere in carico i pazienti in un momento di scompenso psichico che necessitano di interventi, sia volontari che obbligatori (Trattamento Sanitario Obbligatorio). È utile per impostare una terapia specifica e eventualmente rivalutare la diagnosi.

Il paziente viene ospitato in un ambiente protetto e stabilizzato quanto possibile, con lo scopo di reintrodurlo nuovamente nella quotidianità extraospedaliera e venire

seguito per il disturbo e le conseguenti problematiche dal Centro di Salute Mentale (C.S.M).

Il reparto in oggetto è chiuso, videosorvegliato e unicamente il personale sanitario possiede le chiavi o il badge elettronico specifico per entrare, in modo da poter garantire la sicurezza ambientale nel momento delicato che caratterizza i ricoveri nei SPDC. Il reparto si compone di un'area interamente dedicata al personale, a varie stanze dei pazienti a due posti letto ciascuna con bagno, c'è un'area comune che funge da mensa, dove i pazienti passano la maggior parte della giornata. Si compone anche di un'area esterna chiusa nel suo perimetro, dove i pazienti possono recarsi a orari prestabiliti. Durante il tirocinio ho osservato una "giornata tipo": alla mattina, oltre al giro terapia, alla colazione e ad eventuali esami ematici routinari, il personale sanitario si riunisce in uno studio per potersi confrontare sui pazienti e sulle dinamiche avvenute nelle 24 ore precedenti. Vengono decisi eventuali esami laboratoristici, diagnostici ed eventuali colloqui privati da sostenere, si gestiscono le dimissioni e i nuovi ricoveri. Segue il giro del reparto, dove medici, psicologi e infermieri passano di stanza in stanza per poter parlare direttamente al paziente e discutere insieme a lui eventuali novità, preoccupazioni o consigli. Durante il corso della giornata i pazienti sono liberi (se non in alcuni casi specifici) di circolare all'interno del reparto o di restare in stanza. In generale i SPDC forniscono un'assistenza prevalentemente farmacologica e medica, con colloqui individuali effettuati nel momento in cui vi è una riacutizzazione importante della patologia, su richiesta dello stesso paziente o per condividere il progetto di cura stipulato. Quello che viene a mancare è un lavoro più intensivo sulla presa di coscienza del paziente del proprio stato di crisi e un miglioramento d'interazione con l'ambiente che lo circonda (*Veltro et al., 2015*). Il paziente in stato di acuzie, grazie anche alla relazione e al dialogo con gli infermieri nel corso delle giornate di ricovero, si ridimensiona nei comportamenti fino a "rientrare" stabilizzandosi in una condizione di maggior equilibrio. Il gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo è di supporto nell'aumentare la consapevolezza dell'utente rispetto alla sua condizione di malattia e agisce da coagulante al lavoro svolto da tutta l'*equipe*, al fine di incrementare le conoscenze del paziente rispetto alla patologia e a tutto ciò che ne consegue.

1.1.3 Il ruolo dell'infermiere nell'ambito dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

In Italia, le competenze infermieristiche avanzate, non sono ancora riconosciute a livello normativo, ma nella realtà operativa quotidiana troviamo spesso infermieri professionisti già altamente formati attraverso Master e Corsi di Alta Formazione. In particolare, in psichiatria, gli infermieri con formazione avanzata, inquadrati in un contesto organizzativo assistenziale che li riconosce, possono ottenere nei pazienti esiti di salute notevoli (*Infermiere in Psichiatria, Marco Previdi, 2019*).

Nei reparti dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), l'infermiere ricopre un ruolo che ritengo di "prima linea". Esso si occupa dell'accoglienza dei nuovi pazienti: spiega loro come è organizzato il reparto, le regole da rispettare, raccoglie e si prende carico degli effetti personali del paziente, si occupa di una prima raccolta dei parametri clinici, effettua una prima valutazione tramite schede di accertamento e schede di valutazione (Barthel, rischio cadute, sindrome metabolica), comunica con i familiari e si accerta della sicurezza ambientale.

L'infermiere è la figura che sta maggiormente a contatto con i degenti nel corso delle 24 ore, e con la quale essi instaurano un dialogo meno "strutturato" e formale rispetto a quello che può crearsi in un colloquio col medico o lo psicologo. Deve essere capace di stabilire una relazione anche sul piano umano con il paziente, in modo da comprenderne e carpirne il profilo e i desideri. È perciò una figura preziosa, perché può osservare e riportare, allo psichiatra e a tutta l'equipe, i comportamenti "senza filtri" dei singoli pazienti nel corso della giornata, aiutando così la stipulazione di un piano curativo-riabilitativo. L'infermiere, inoltre, si occupa della somministrazione della preparazione e somministrazione terapia farmacologica, con il conseguente controllo diretto degli effetti positivi, degli eventuali effetti collaterali e della *compliance* in reparto.

CAPITOLO 1.2 La terapia psicoeducativa cognitivo-comportamentale di gruppo

Il paziente psichiatrico, proprio a causa della sua patologia, fa fatica ad ottenere autonomamente coscienza di malattia e ad essere quindi responsabile e “partecipante attivo” della sua condizione di salute e sull’identificazione dei segni e dei sintomi che precedono una crisi. Normalmente nei SPDC non vengono svolte attività, al di fuori dei colloqui con lo psichiatra, con in programma la responsabilizzazione del paziente. Il trattamento fornito è prevalentemente farmacologico, accompagnato da visite mediche e/o colloqui individuali effettuati su richiesta del paziente, in relazione a acutizzazione della sintomatologia o per condivisione del progetto di cura. Di conseguenza, sebbene il farmaco sia utile nella gestione dei sintomi, il paziente non sempre può essere stimolato ad acquisire consapevolezza e maggior autonomia sui problemi che insorgono prima o durante una crisi. Spesso, inoltre, per il paziente il ricovero nel SPDC è il punto di partenza di un percorso terapeutico-riabilitativo incentrato sulla propria salute mentale, mai attraversato prima. Può essere quindi un ambiente nuovo, dove ci si sente impreparati, inesperti e spesso anche accompagnati da pregiudizi.

Alla luce di ciò, è un bene che nei reparti SPDC si investa in un percorso non più incentrato unicamente sull’accudimento, sulla custodia e sull’uso del farmaco, ma anche sull’utilizzare il lavoro di gruppo come strumento di sensibilizzazione e consapevolizzazione da parte del paziente del suo stato di salute e dei motivi del ricovero, trasformare in “valore aggiunto” la convivenza con gli altri pazienti e aiutare l’equipe curante a trovare la strada terapeutica migliore, puntando anche su una migliore collaborazione consapevole del paziente stesso. La possibilità di gestire i momenti di acuzie, attraverso il riconoscimento dei sintomi è uno dei “focus” dell’intervento di gruppo progettato da Veltro et al. (2015), per poter incrementare la capacità di riconoscere i sintomi che precedono la crisi/momento di acuzie, così da prevenire le ricadute e di conseguenza ridurre i ricoveri urgenti (*Veltro et al., 2015*).

Nel manuale *“L’intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura”* vengono riportati riscontri positivi sull’efficacia dei gruppi di psicoeducazione volti a incrementare la consapevolezza del paziente. Viene

riportata, inoltre, la soddisfazione degli utenti e il miglioramento del clima all'interno dei reparti (Veltro et al., 2008). È stato utilizzato in diversi contesti nei Servizi di Diagnosi e Cura in Italia, tra i quali, a partire dall'Agosto del 2020, il reparto dove ho svolto il tirocinio, dopo un corso di formazione tenuto dal medico-psichiatra e psicoterapeuta, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della zona Campobasso dell'Azienda Sanitaria Regione Molise, Franco Veltro, a medici e infermieri dell'*equipe*.

1.2.1 La nascita del progetto e il suo riconoscimento in Italia

La teoria prese piede nel 1997 presso il SPDC dell'Ospedale San Filippo Neri a Roma, da due psicologi: Alessandro Bazzoni e Maria Laura Rosicarelli. Si iniziò con due *Focus Group* decidendo quali potessero essere i temi da affrontare in un incontro con i pazienti ricoverati. I temi (o moduli) scelti furono:

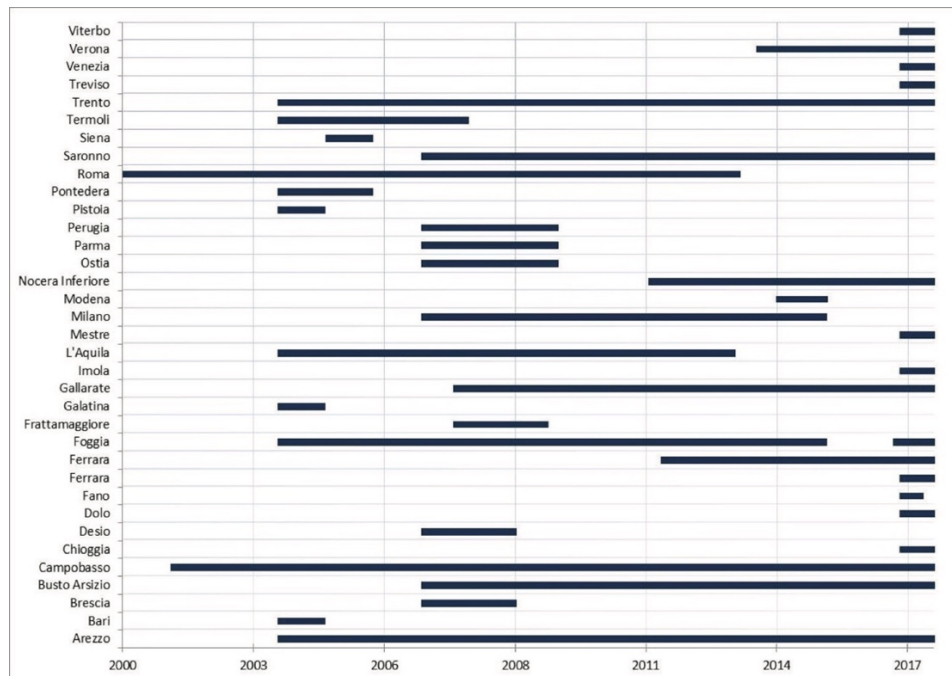
- motivi che avevano portato al ricovero;
- discussione su come evitare un ricovero successivo;
- possibilità di imparare qualcosa durante la degenza.

Seguì un gruppo sperimentale chiuso, con i soli pazienti ricoverati in quel momento, senza immettere i nuovi ricoveri. Man mano che i pazienti partecipanti venivano dimessi gli si chiedeva, tramite questionario, una opinione sull'esperienza e eventuali suggerimenti di miglioramento. Dopo questo partì un gruppo aperto e anche i nuovi ricoveri poterono partecipare all'attività, aiutati dai veterani del gruppo che facilitavano loro l'inserimento. Sulle orme dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, anche presso il SPDC dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso iniziò questo tipo di attività dove vennero strutturati dei nuovi moduli specifici, dando vita alla prima edizione di questo manuale che descrive le attività svolte ormai da oltre vent'anni presso i SPDC di Campobasso, San Filippo Neri di Roma, da diciassette anni anche ad Arezzo, Trento, Parma, Termoli, Saronno, Milano, Lodi, Ostia, Università de L'Aquila, di Foggia, Bari, Torino, Policlinico "Umberto I" di Roma e da dieci anni si sono aggiunti i SPDC di Nocera Inferiore, Modena, le Università di Ferrara e Verona.

L'efficacia dell'intervento è stata valutata a un anno (Bazzoni et al. 2001), a due anni (Veltro et al. 2006), a quattro anni (Veltro et al. 2007-2008) e a cinque anni (Travi et al. 2010) dopo l'applicazione dell'intervento su variabili di processo (comportamenti disturbanti e ricorso alla contenzione), di risultato del processo (riammissioni volontarie e TSO, atmosfera di reparto), di esito soggettivo (soddisfazione degli utenti) e efficienza (valore medio del DRG). Altri studi di valutazione sono stati fatti da Bellomo et al. (2006) e da Massaro et al. (2007) a Foggia, da Casacchia et al. (2008) a L'Aquila, da Lepre et al. (2012) a Nocera Inferiore e, infine, da Veltro et al. (2013) è stata effettuata una rassegna sistematica che illustra i risultati dei vari studi.

(L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Veltro et al., Terza Edizione, 2015)

Il seguente schema (Schema 1) riporta le città dove è stato effettuato l'intervento cognitivo-comportamentale/psicoeducativo di gruppo analizzato, dal 2000 al 2017 (Veltro et al. 2018).



(Schema 1: Città dove è stato effettuato l'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo, dal 1998 al 2017)

1.2.2 Il Manuale

Il manuale è stato strutturato in modo tale che i sanitari, senza alle spalle una preparazione incentrata sulla salute mentale, sulla psicoterapia e sulle tematiche ad essa correlate, possano essere in grado di padroneggiare e condurre un incontro di gruppo coi pazienti, dopo aver completato un corso di formazione di pochi giorni. Bisogna tenere conto che questo manuale è ancora un *work in progress* e che si accettano sempre nuovi suggerimenti e miglioramenti, sia dai conduttori, sia dai pazienti (*Veltro et al., 2015*). Esso si compone di più moduli che contengono tematiche diverse:

- 1) Moduli costanti: - Che cosa è accaduto prima del ricovero
 - Modello stress-vulnerabilità
 - Psicofarmaci
 - Stigma

Questi quattro temi si ripetono ogni settimana e sono quelli definiti come “più importanti”.

- 2) Moduli opzionali: - Alcol;
 - Allucinazioni;
 - Ansia e Paura;
 - Benessere fisico: alimentazione e attività motoria;
 - Comprendere e gestire le emozioni;
 - Delirio e pensiero psicotico;
 - Dimissione: obiettivi individuali alla dimissione;
 - Disturbi di personalità cluster B: rabbia;
 - Disturbi di personalità cluster B: vantaggio secondario;
 - Segni precoci di crisi;
 - Idee di suicidio;
 - Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO);
 - Disturbi dell'umore: tristezza e gioia.

Questi moduli sono scelti e affrontati in base ai problemi presentati dai pazienti. Ad esempio, può essere produttivo affrontare il modulo sul Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) nel momento in cui in reparto sono presenti due o più pazienti ricoverati con questo titolo. Oppure il modulo sulla Dimissione può essere fatto quando sono previste due o più dimissioni. Durante l'esperienza di tirocinio è anche successo che l'iniziativa e la scelta del tema da affrontare partisse direttamente da un paziente, poi condiviso e approvato dall'intero gruppo.

3) Moduli accessori: - Gestione dell'aggressività.

Questo modulo prevede cinque incontri che possono svolgersi indipendentemente dagli altri previsti nei moduli costanti e/o opzionali. Il fine sarebbe quello di portare i pazienti a acquisire delle competenze sociali finalizzate a ridurre la messa in atto di atteggiamenti aggressivi, caratterizzati da perdita di controllo e comportamenti violenti.

4) Moduli sperimentali: - Consapevolezza;
- Risolvere un problema, raggiungere un obiettivo.

Devono essere ancora standardizzati, ma possono essere messi in pratica per verificarne l'utilità e l'efficacia.

1.2.3 Realizzazione e gestione degli incontri

Il manuale suggerisce che i gruppi si svolgano ogni mattina, dal lunedì al venerdì, a partire dalle 9:15 fino alle 10:45, o anche dopo il pranzo, verso le 12:30. L'orario mattiniero (9:15-10:45) è utile per poter ottenere informazioni per una eventuale ricalibrazione della terapia farmacologica o per pianificare le attività pomeridiane.

Nel reparto dove ho svolto tirocinio, come in altri SPDC, l'attività di gruppo viene condotta la maggior parte delle volte al mattino, a partire dalle 9:30 circa, e qualche volta al pomeriggio. I giorni non sono fissi, dipendono dall'andamento e dal clima del reparto. In genere si parla di due o tre volte a settimana a giorni alterni (esempio: lunedì-mercoledì-venerdì).

Per dare inizio al gruppo gli infermieri passano singolarmente da ogni paziente e lo invitano a partecipare all'attività. Se qualcuno si mostra poco accondiscendente non viene costretto, ma viene informato che potrà unirsi al gruppo in qualsiasi momento, anche per pochi minuti, per ascoltare e osservare senza dover per forza intervenire. A questo punto, tutti insieme, si organizza lo spazio in modo tale che si venga a formare un cerchio di sedie, chiuso da due lavagne, con cancelletto e penne, se possibile di colori diversi. Il gruppo ha un conduttore e un co-conduttore, decisi prima dell'inizio dell'attività, impersonati da medici, o infermieri, o psicologi, mentre il resto dell'*equipe* di infermieri può sedersi tra i pazienti. Il conduttore a sua discrezione può decidere se restare in piedi equidistante da tutti o sedersi tra i pazienti. Il co-conduttore, invece, sta vicino alle lavagne ed ha il compito di scrivere i punti importanti e le parole chiavi dell'argomento trattato.

Ho avuto la possibilità di svolgere il ruolo di co-conduttore, affiancando una tirocinante psicologa durante l'incontro a tema "Ansia e Paura". Nella prima lavagna riportavo le frasi riferitemi da ogni singolo paziente su cosa rappresentasse per lui/lei l'ansia, mentre sulla seconda lavagna trascrivevo le possibili soluzioni esplorate con i pazienti, da attuare contro l'ansia definita come "patologica".

Il conduttore, prima di iniziare, avvisa i pazienti che a turno chiederà a tutti di esprimere la propria opinione in modo ordinato e che se a qualcuno viene in mente qualcosa da aggiungere basta alzare la mano e aspettare che gli venga data la parola. Inoltre, informa i pazienti che potranno allontanarsi dal gruppo e rientrare quando vogliono, evitando di farlo continuamente.

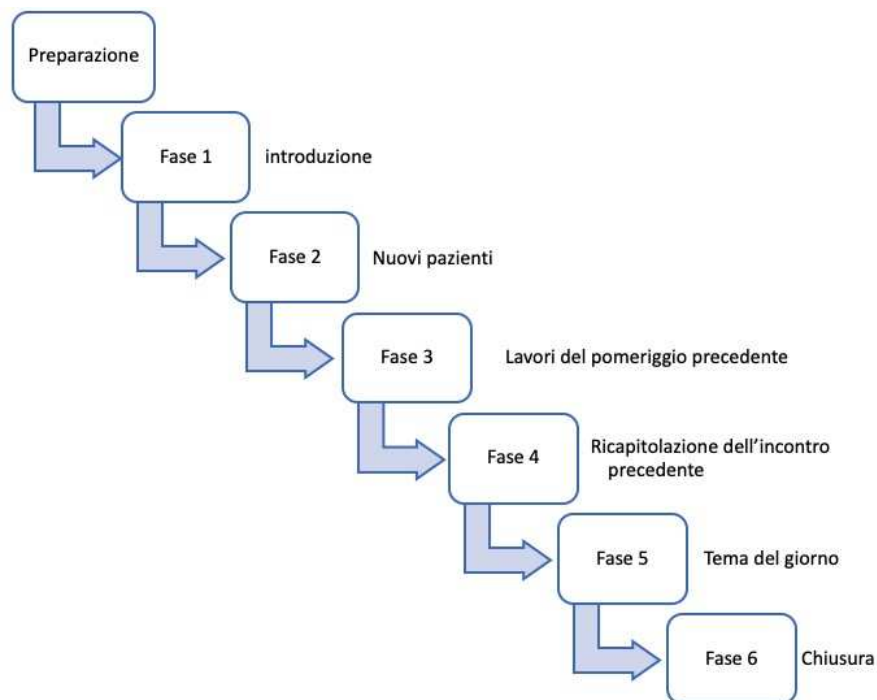
L'approccio utilizzato è di tipo maieutico o "socratico". Il conduttore non dà risposte o informazioni al paziente, ma lascia che intervenga autonomamente, senza essere guidato e indirizzato negli argomenti, capendo così quali nozioni già possiede. Le informazioni date sono solo a scopo integrativo o per correggere le affermazioni sbagliate. Lo scopo è far leva sulle risorse del paziente, in modo che trovi le risposte e le soluzioni ai suoi problemi autonomamente. Si crea un dialogo costruttivo tra i pazienti che possono aiutarsi a vicenda nel capire meglio le proprie esperienze e a cercare di trovare una via di uscita. Una volta terminata l'attività i pazienti sono invitati a svolgere nel pomeriggio un esercizio a gruppi nominando come responsabile un

infermiere o un paziente. Il lavoro dovrà riflettere i contenuti della riunione e può trattarsi di: compilazione di un modulo, un disegno sul tema discusso, leggere qualcosa a riguardo o discuterne ulteriormente all'interno del gruppo. Sarà nel momento in cui si inizia un nuovo incontro che il conduttore domanderà ai responsabili del gruppo come sono andati i lavori pomeridiani lasciando spazio a una breve esposizione e dando un *feed-back* positivo sui risultati (Veltro et al., 2015). Lo schema generale (Schema 2) degli incontri è il seguente:

1. **Preparazione;** i pazienti e il personale preparano le sedie e le lavagne in semicerchio.
2. **Introduzione;** il co-conduttore, il conduttore e il personale si presentano con nome, cognome e qualifica, mentre i pazienti dicono il nome e da quanti giorni sono ricoverati. A questo punto il conduttore inizia l'incontro nel seguente modo: “ Come ogni mattina ci riuniamo per conoscere meglio voi e i vostri problemi, per trovare insieme soluzioni possibili per gestirli, per riflettere su che cosa è successo prima della crisi che vi ha portato al ricovero con lo scopo di gestire meglio le crisi che si possono ripresentare. Questo è un lavoro impegnativo sia per voi che per noi.”
Il co-conduttore chiede se è tutto chiaro. Vengono poi ricordate le regole dell'incontro come: parlare uno alla volta, alzare la mano se si ha qualcosa da aggiungere e la possibilità di allontanarsi dal gruppo se non si riesce a partecipare e che qualunque domanda fuori tema verrà affrontata durante i colloqui individuali (durata totale di circa 2 minuti).
3. **Nuovi pazienti;** se c'è un nuovo paziente il conduttore lo invita a raccontare cosa è successo prima del ricovero per aiutarlo a individuare eventuali sintomi e fattori di stress. È bene prima porre la stessa domanda a pazienti collaboranti ricoverati da più giorni in modo da indirizzare il nuovo paziente al lavoro svolto all'interno del gruppo (durata totale di circa 10 minuti).
4. **Lavori del pomeriggio precedente;** si domanda ai responsabili dei gruppi come è andato il lavoro svolto nel pomeriggio precedente e di esporre, in modo sintetico, il prodotto del lavoro. Il conduttore deve dare un *feed-back* positivo (durata 5-10 minuti).

5. **Ricapitolazione dell'incontro precedente;** il conduttore invita un paziente a riassumere, aiutandosi con quello rimasto scritto sulle lavagne, il tema affrontato durante lo scorso incontro. Gli altri pazienti sono invitati ad intervenire se hanno qualcosa da aggiungere (durata di pochi minuti).
6. **Tema del giorno;** a questo punto si procede o completando il modulo dell'incontro precedente se non finito, o si inizia un modulo nuovo già concordato prima di iniziare l'incontro in modo routinario o affrontandone uno specifico (durata di 40-50 minuti).
7. **Chiusura;** il conduttore riassume i punti principali della riunione e assegna il compito per il pomeriggio, mentre il co-conduttore scrive le indicazioni dei compiti sulla lavagna (durata di 5 minuti).

(L'intervento cognitivo-comportamentale nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Veltro et al., 2015)



(Schema 2: Riassunto generale degli incontri)

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questa tesi è quello di indagare l'utilità della terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo implementata col metodo di Franco Veltro et al. (2015), nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

2.2 Domande di ricerca

La terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo può:

- portare a una riduzione dei tempi di degenza?
- aumentare la relazione positiva tra personale sanitario, singolo paziente e tra pazienti riducendo gli episodi di violenza?
- portare a un miglioramento dell'atmosfera in reparto?
- ridurre il numero delle riammissioni e di TSO nelle riammissioni?
- diminuire l'utilizzo di contenzioni fisiche?
- aumentare la *compliance* del paziente durante il ricovero e post dimissione?

2.3 Disegno dello studio

È stata condotta una Revisione della Letteratura.

2.4 Strategie di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca sono state consultate le banche dati: PubMed, Trip DataBase, Cochrane Library, Cinhal, Cambridge University Press e La Rivista di Psichiatria online nei mesi di Novembre 2021 e Gennaio 2022 in modo retroattivo di 20 anni. La consultazione dei documenti in versione elettronica è stata resa possibile utilizzando il servizio di Auto-Proxy fornito dalla Biblioteca "Pinali" dell'Università degli Studi di Padova.

È stato costruito il seguente P.I.O. (Tabella I):

P	Pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
I	Utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo col manuale di Franco Veltro.
O	Effetti sul percorso di cura: <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei tempi di degenza; - Riduzione episodi di violenza; - Miglioramento della atmosfera in reparto; - Riduzione della frequenza dei ricoveri successivi; - Riduzione TSO nelle riammissioni; - Riduzione utilizzo contenzioni fisiche; - Soddisfazione dei pazienti per l'attività;

(Tabella I: P.I.O.)

Le parole chiave e gli operatori booleani utilizzati sono stati:

- *Group cognitive-behavioral intervention* AND SPDC AND *diffusion* AND *efficacy*.
- *Group cognitive-behavioral* AND *nurse* AND SPDC
- *Terapia Cognitivo-Comportamentale di Gruppo* AND *psicosi* AND SPDC
- *Group cognitive-behavioral in SPDC*
- *inpatient care* AND *Group cognitive-behavioral intervention*
- *Intervento cognitivo-comportamentale* AND *Franco Veltro*

2.5 Criteri di inclusione degli studi

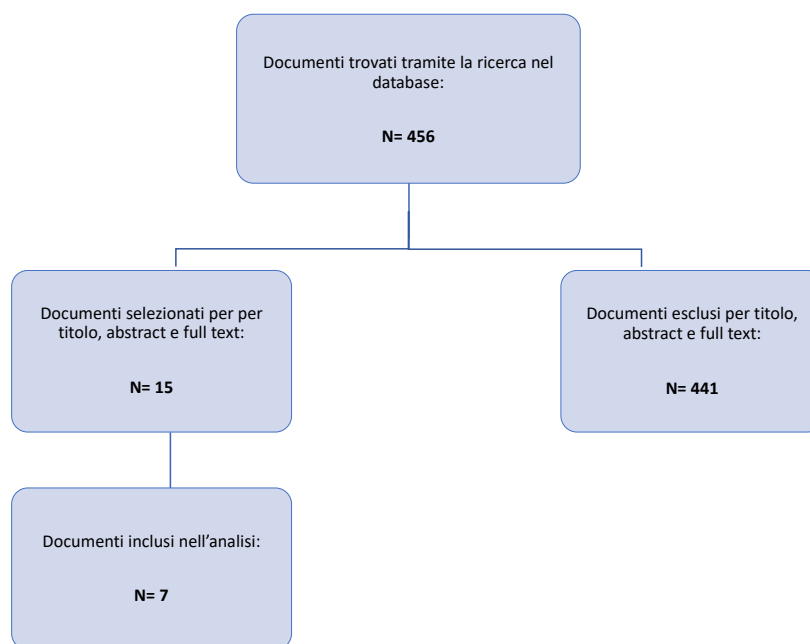
È stata attuata una selezione dei documenti con i seguenti criteri di inclusione:

- Tipologia di partecipanti: paziente psichiatrico ricoverato in SPDC, età adulta.
- Intervento: utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale\psicoeducativa di gruppo nel reparto per acuti (SPDC) implementata col metodo di Franco Veltro et al (2015);

- Lingua: inglese, italiana.
- Tipologia di studi: pubblicazioni di evidenza quantitativa e qualitativa, report, articoli sull'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa presso i SPDC, studi di letteratura primaria osservazionali e sperimentali e di letteratura secondaria.

2.6 Strategie di selezione

La ricerca ha portato alla luce 456 articoli. Una prima selezione ha portato all'esclusione di 441 articoli, esaminandone il titolo, l'abstract ed il full text. Dei restanti 15 articoli eleggibili, sono stati selezionati 7 documenti per la redazione di questo elaborato: 2 Trial Randomizzati Controllati, 2 studi di coorte prospettici e 3 studi di coorte retrospettivi (*Schema 3*).



(*Schema 3: La selezione degli studi*)

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Riassunto degli studi analizzati

Dalla ricerca in letteratura primaria e secondaria sono stati selezionati 7 articoli: 2 Trial Randomizzati Controllati, 2 studi di coorte prospettici e 3 studi di coorte retrospettivi. La tabella (*Tabella II*) riporta una sintesi degli studi rinvenuti, seguita, nel capitolo 3.2, da una rassegna più approfondita di essi.

Autori e titolo	Anno di pubblicazione	Disegno di studio
1. A. Bazzoni et al. <i>The use of group cognitive behaviour therapy in a routine acute inpatient setting</i>	2001	Coorte, Prospettico
2. F. Veltro et al. <i>Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients</i>	2006	Coorte, Retrospettivo
3. F. Veltro et al. <i>Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow-up di 4 anni</i>	2007	Coorte, Retrospettivo
4. M. Travi et al. <i>Valutazione nel SPDC di Arezzo di "Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo in SPDC"</i>	2010	Coorte, Prospettico

<p>5. T. Aiello et al.</p> <p><i>Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo</i></p>	2017	Coorte, Retrospettivo
<p>6. F. Tarallo et al.</p> <p><i>Interventi cognitivo-comportamentali di gruppo e psicoanalisi multifamiliare di gruppo in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</i></p>	2020	Trial Controllato Randomizzato
<p>7. L. Bellini et al.</p> <p><i>L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC</i></p>	2021	Trial Controllato Randomizzato

(Tabella II: Sintesi degli studi)

3.2 Gli studi: scopo, materiali e metodi, risultati e conclusioni

PRIMO STUDIO ANALIZZATO:

La Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

(The use of group cognitive behaviour therapy in a routine acute inpatient setting)

Bazzoni, A., Morosini, P., Polidorp, G., Rosicarelli, M.L., Fowler, D. (2001).

Scopo: L'obiettivo è quello di descrivere un modello di intervento di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo attuato routinariamente presso il SPDC S. Filippo Neri di Roma a pazienti psicotici acuti e di riportare le prime valutazioni di efficacia.

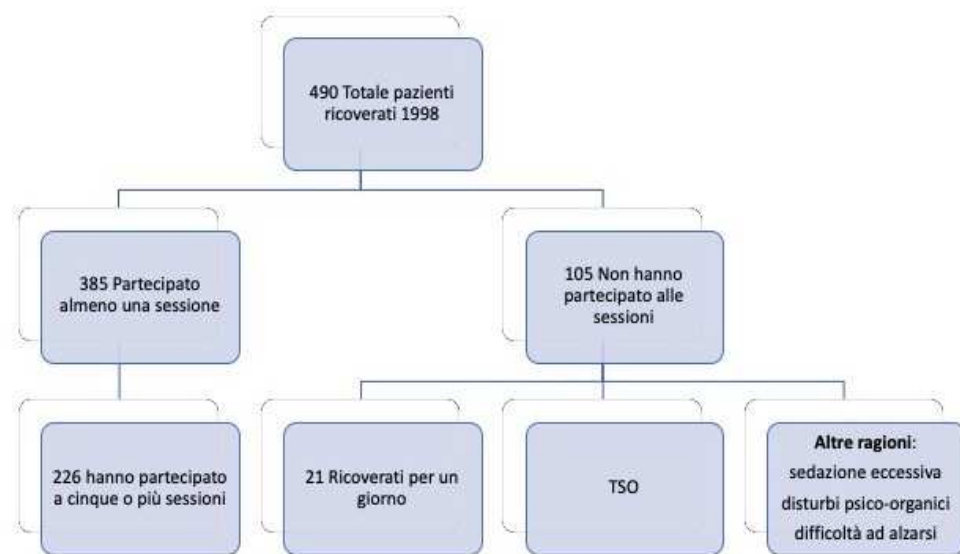
Materiali e metodi: Si tratta di un disegno di studio di Coorte, Prospettico. È stato fatto un confronto delle variabili in studio tra il 1997 e il 1998, anno in cui è stata introdotta la terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo presso il SPDC S. Filippo Neri di Roma.

Le variabili confrontate sono state le seguenti:

- riammissioni;
- trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
- TSO nelle riammissioni;
- episodi di violenza (tra pazienti o tra paziente e operatore);
- contenzioni fisiche;
- fughe dal reparto.

Inoltre è stata anche accertata l'opinione dei pazienti nell'ultimo trimestre del 1998.

Risultati: Nel 1998 sono state tenute 210 sessioni, dove in ognuna erano presenti in media 7 pazienti. Su 490 pazienti ricoverati, hanno partecipato almeno a una sessione del gruppo 385 pazienti (79%). Di questi 385 pazienti, 226 (58%) hanno partecipato a cinque o più sessioni; ognuno in media ha partecipato a 4 sessioni. I restanti 105 pazienti non hanno mai preso parte a una sessione di gruppo: 21 pazienti sono rimasti ricoverati solo un giorno, altri erano eccessivamente sedati, altri erano soggetti a disturbi psico-organici o avevano difficoltà fisica ad alzarsi. I veri e propri rifiuti alla partecipazione provenivano da pazienti sotto regime di TSO (*Schema 4*).



(Schema 4: Partecipazione sessioni di gruppo)

Le diagnosi cliniche (ICD-9) presenti in reparto nel 1997 e nel 1998 sono rappresentate nella seguente tabella (Tabella III):

Diagnosi	Anno 1997 (508 pazienti)	Anno 1998 (490 pazienti)
Disturbo schizofrenico	281	257 (partecipanti al gruppo 203)
Disturbo affettivo	42	62 (partecipanti al gruppo 49)
Disturbo Personalità	97	107 (partecipanti al gruppo 85)
Disturbo nevrotico	46	31 (partecipanti al gruppo 26)
Disturbo Paranoideo	34	28 (partecipanti al gruppo 22)
Disturbo organico	8	5

(Tabella III: Le diagnosi cliniche (ICD-9) presenti in reparto nel 1997 e nel 1998)

Di seguito riportata la tabella che mostra la divisione per sesso e per età dei pazienti nel 1997 e nel 1998 (*Tabella IV*):

	Anno 1997	Anno 1998
Maschi	340	254
Femmine	168	131
Età Media	37	38

(*Tabella IV: Sesso ed età media dei pazienti ricoverati nel 1997 e nel 1998*)

Le variabili messe a confronto tra il 1997 e il 1998 sono state tutte significativamente rilevanti (*Tabella V*).

	Anno 1997	Anno 1998	p
Totale dei ricoveri	508	490	
TSO (tutti)	97	62	0.005
Riammissioni	86	60	< 0.05
Riammissioni in regime di TSO	62	15	< 0.001
Episodi violenti totali	211	121	< 0.001
Episodi violenti paziente-paziente	110	73	---
Episodi violenti paziente-operatore	101	48	---
Contenzioni	12	2	0.02
Fughe dal reparto	12	1	0.02

(*Tabella V: Indicatori di impatto nell'anno 1997 e nell'anno 1998*)

Si può notare che, rispetto al 1997, nel 1998 i TSO e le riammissioni sono diminuiti di 1/3, i TSO nelle riammissioni sono diminuiti di 3/4, gli episodi violenti sono diminuiti più della metà (non vi è una differenza statisticamente significativa tra episodi di

violenza paziente-paziente o paziente-operatore) e le contenzioni fisiche e le fughe dal reparto sono quasi scomparse del tutto.

Per quanto riguarda l'opinione dei pazienti nell'ultimo trimestre del 1998, ha avuto esiti molto positivi. Sono stati consegnati 106 questionari a 106 pazienti (22% di tutti i pazienti ricoverati durante l'anno) e ne sono stati compilati 91 (86% dei questionari totali).

Il 65% dei pazienti ha riportato di averla trovata "molto utile con qualche eccezione" o "molto utile senza eccezione". Quasi tutti gli altri l'hanno trovata "abbastanza utile". Un'altra considerazione, sebbene non valutata formalmente, è stata fatta rispetto alla partecipazione e all'interesse dimostrato da parte del personale infermieristico. Hanno tutti partecipato volontariamente all'attività di gruppo chiedendo anche di poter svolgere un ruolo più attivo e aiutando i pazienti nelle attività pomeridiane da svolgere. Per questo motivo è stato realizzato un corso di sei mesi per la formazione rispetto a questa attività, ed ora il gruppo può essere condotto direttamente da infermieri (*Bazzoni et al. 2001*).

Conclusioni: Il 79% dei pazienti ricoverati ha partecipato all'attività cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo. La maggior parte di essi l'ha considerata utile e ben accetta. È probabile che il miglioramento delle variabili prese in esame sia riconducibile al gruppo, ma questi risultati devono essere riesaminati con altri studi in contesti diversi e con operatori diversi. Le difficoltà che può portare questo tipo di attività sono: il rapido *turnover* dei pazienti tra una seduta e l'altra, l'irregolarità della partecipazione, la mancanza del rispetto delle regole, la difficoltà di attenzione e di concentrazione, la mancanza di un rapporto stretto con i conduttori del gruppo. Sarebbe produttivo poter fare uno studio sperimentale controllato randomizzato (RCT) per avere maggiori certezze sul collegamento tra l'attività di gruppo e il cambiamento in positivo dei numeri di riammissioni, TSO, episodi di violenza, uso delle contenzioni fisiche e fughe dal reparto.

SECONDO STUDIO ANALIZZATO:

Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients

Veltro, F., Falloon, I., Vendittelli, N., Oricchio, I., Scinto, A., A Gigantesco, A. & Morosini, P. (2006).

Scopo: Lo scopo è quello di valutare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo nel momento in cui fa parte delle attività routinarie presenti in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). In questo studio viene descritto sia il modello utilizzato per la conduzione di questi incontri, sia i risultati d'efficacia di un *follow-up* di due anni, che parte dal 2001, presso il SPDC di Campobasso. Si tratta di una collaborazione con i colleghi del reparto psichiatrico del S. Filippo Neri di Roma, primi a introdurre questa attività e a valutarne gli effetti.

Materiali e metodi: Si tratta di un disegno di studio di Coorte, Retrospectivo. È stato effettuato un confronto tra le variabili prima che venisse introdotta la terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo (anno 2001) e nei due anni successivi alla sua introduzione (2002 e 2003) presso il SPDC di Campobasso.

Le variabili confrontate sono state le seguenti:

- riammissioni;
- trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
- trattamenti sanitari obbligatori nelle riammissioni;
- episodi di violenza (tra pazienti o tra paziente e operatore);
- contenzioni fisiche;
- soddisfazione dei pazienti.

L'atmosfera di reparto viene valutata con una scala sviluppata *ad hoc* in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Tramite essa viene valutata la comunicazione tra i pazienti e i professionisti, la presenza/assenza di comportamenti aggressivi, violenti o bizzarri sulla base di 5 *items* di codifica. Ogni livello di codifica è caratterizzato da un colore (*Allegato 1*).

La soddisfazione dei pazienti, invece, viene valutata con un questionario breve che deriva da uno strumento di valutazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità (*Allegato 2*). I 5 *items* selezionati valutano la soddisfazione per:

- 1) "l'assistenza ricevuta";
- 2) "la disponibilità dei professionisti quando richiesta";
- 3) "l'aiuto ricevuto";
- 4) "le informazioni ricevute durante il ricovero";
- 5) "le attività di reparto previste per il pomeriggio".

Per ogni *item* ci sono 5 livelli di codifica, con relative definizioni operazionali, che variano da "poco o per niente" (livello 1) a "moltissimo o sempre" (livello 5). I pazienti sono invitati a compilare il questionario subito prima della dimissione.

Dallo studio è stata esclusa la seguente tipologia di pazienti:

- non residenti nel bacino di utenza del DSM di Campobasso;
- sindromi psico-organiche;
- età maggiore di 64 anni;
- degenza inferiore ai 3 giorni;
- allettati per concomitante malattia fisica;
- doppia diagnosi in cui l'abuso di sostanze fosse prevalente;
- ritardo mentale grave;
- ricoveri per disposizione dell'autorità giudiziaria.

Risultati: I pazienti totali durante l'anno 0 (2001), l'anno 1 (2002) e l'anno 2 (2003) sono rappresentati nella seguente tabella (*Tabella VI*):

Anno 0 (2001)	Anno 1 (2002)	Anno 2 (2003)
280	314	324

(*Tabella VI: Pazienti totali ricoverati nel 2001,2002,2003*)

L'atmosfera del reparto nell'anno 0 era, in media, di 2,1 ($\pm 0,8$), o codice "giallo". Nell'anno 1 la media era 1,8 ($\pm 0,7$) codice "verde" e nell'anno 2 era 1,2 ($\pm 0,7$) codice "bianco". La differenza osservata tra i tre anni è stata statisticamente significativa ($p < 0.001$). Inoltre tra l'anno 1 e l'anno 2 non è mai stato utilizzato il codice "rosso".

	Anno 0 (2001)	Anno 1 (2002)	Anno 2 (2003)	Statisticamente significativa
Ammissioni al gruppo	150	171	181	----
Riammissioni	58	46	43	È significativa ($p < 0.04$)
Riammissioni in TSO	10	3	2	È significativa ($p < 0.03$)
Durata media soggiorno (giorni)	14	12,5	11,5	Non è significativo
Contenzioni fisiche	5	1	1	È significativo
Atmosfera reparto (media)	Codice giallo	Codice verde	Codice bianco	È significativo ($p < 0.001$)

(Tabella VII: Variabili nei diversi anni)

Per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti, valutata a partire dal 1 gennaio 2001, è stata positiva.

Conclusioni: Questo studio suggerisce che si possono ottenere benefici ad ampio raggio con la terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativo di gruppo. Questi includono tassi di riammissione ridotti, migliore atmosfera del reparto e soddisfazione del paziente. I TSO e gli episodi violenti sono stati ridotti al minimo. È probabile, quindi, che i miglioramenti osservati siano attribuibili alla terapia di gruppo. È importante eseguire ulteriori indagini su questo approccio.

TERZO STUDIO ANALIZZATO:

Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow-up di 4 anni

Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients: a 4-year follow-up study

Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., Addona, F., Avino, C., Figliolia, G.L.,
Morosini, P.L. (2007).

Scopo: Lo scopo è quello di valutare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo, nel momento in cui fa parte delle attività quotidiane routinarie presenti in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, e verificare quali categorie diagnostiche risentono maggiormente i benefici. Si tratta di un *follow-up* di quattro anni, che parte dal 2001, presso il SPDC di Campobasso ed è la continuazione del *follow-up* di due anni pubblicato da Veltro et al., (2006).

Materiali e metodi: Si tratta di un disegno di studio di Coorte, Retrospectivo. È stato effettuato un confronto tra le variabili prima che venisse introdotta la terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo in reparto (anno 2001) e nei quattro anni successivi alla sua introduzione (2002, 2003, 2004, 2005) presso il SPDC di Campobasso.

Le variabili confrontate sono state le seguenti:

- riammissioni;
- trattamenti sanitari obbligatori (TSO);
- TSO nelle riammissioni;
- episodi di violenza (tra pazienti o tra paziente e operatore);
- contenzioni fisiche;
- soddisfazione dei pazienti.

I pazienti con le seguenti caratteristiche sono stati esclusi dalla valutazione benché avessero partecipato all'intervento:

- non residenti nel bacino di utenza del DSM di Campobasso;
- sindromi psico-organiche;
- età maggiore di 64 anni;
- degenza inferiore ai 3 giorni;
- allettati per concomitante malattia fisica;
- doppia diagnosi in cui l'abuso di sostanze fosse prevalente;
- ritardo mentale grave;
- ricoveri per disposizione dell'autorità giudiziaria.

Risultati: Negli anni 2001-2005 la percentuale di riammissioni è scesa dal 38% al 24% ($p < 0,02$), mentre i TSO dal 17% allo 0% ($p < 0,02$). Nella seguente tabella (*Tabella VIII*) viene indicato il numero di ammissioni, riammissioni, ammissioni e riammissioni in TSO durante l'anno 0 e il periodo di *follow-up* (anno 1 fino ad anno 4).

	Anno 0 (2001)	Anno 1 (2002)	Anno 2 (2003)	Anno 3 (2004)	Anno 4 (2005)
Ammissioni al gruppo	150	171	181	129	102
Riammissioni	58	46	43	31	25
TSO	16	18	14	8	10
Riammissioni in TSO	10	3	2	2	0

(*Tabella VIII: Numero di ammissioni, riammissioni, ammissioni e riammissioni in TSO durante l'anno 0 e il periodo di follow-up*)

La tabella che segue (*Tabella IX*) rappresenta il numero di ammissioni e riammissioni durante l'anno 0 e nel periodo di *follow-up* di quattro anni divisi per tipologia di disturbi psichiatrici.

La riduzione delle riammissioni è stata coerente solo per i disturbi schizofrenici ($p < 0,001$) e bipolari ($p < 0,04$).

L'atmosfera di reparto al termine dello studio era eccellente e il suo miglioramento misurato su una scala è stato consistente, dalla media di 2,8 (anno 0) a 1,3, codice "bianco". Tra i vari anni la differenza è stata statisticamente significativa ($p < 0,001$). Gli stessi risultati sono stati ottenuti per la soddisfazione del paziente ($p < 0,001$).

	Anno 0 (2001)	Anno 1 (2002)	Anno 2 (2003)	Anno 3 (2004)	Anno 4 (2005)	P
Schizofrenia	69:33	64:16	67:12	60:13	50:13	0.001
Depressione	7:3	15:5	28:8	18:5	11:3	95
Disturbo bipolare	25:12	37:7	30:6	25:5	28:6	0.04
Disturbo di personalità	41:9	49:19	50:17	17:7	13:4	0.45

(Tabella IX: Numero di ammissioni e riammissioni durante l'anno 0 e nel periodo di follow-up di quattro anni divisi per tipologia di disturbi psichiatrici)

Conclusioni: Con un'osservazione prolungata e valutata con diversi indicatori pertinenti, accurati e riproducibili, viene dimostrato che con l'applicazione costante e quotidiana di un intervento di gruppo, con un approccio molto strutturato di tipo cognitivo-comportamentale a valenza fortemente psicoeducativa, si possono ottenere grandi benefici per i pazienti e per il servizio che li cura. Questi includono il tasso di riammissioni, una migliore atmosfera di reparto e un'alta soddisfazione da parte degli utenti. Anche il tasso di riammissioni in TSO è stato drasticamente ridotto fino a essere

annullato nell'ultimo anno di osservazione (Anno 4). La terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo migliora l'addestramento dei pazienti nell'autogestione del disturbo mentale, che viene appreso, probabilmente in misura maggiore, proprio nelle condizioni di crisi piuttosto che nella comunità. Probabilmente, in una fase di stabilizzazione, i pazienti potrebbero essere meno motivati ad apprendere strategie specifiche di *coping* verso i sintomi di crisi o i segni precoci di ricadute. Questa riflessione sembra sostenuta dal fatto che, considerata la natura di tipo psicoeducativo dell'attività di gruppo, migliorano soprattutto i pazienti affetti da schizofrenia e i disturbi bipolari dove l'aderenza al trattamento farmacologico è più importante nel favorire un decorso migliore nel tempo. Al contrario, nei disturbi di personalità le variabili psicologiche e i fattori della relazione psicoterapica giocano un ruolo più decisivo per quanto riguarda l'*outcome*. Ciò è confermato anche dal fatto che negli anni precedenti l'introduzione del gruppo, l'approccio clinico individuale e la terapia farmacologica non ha ridotto in modo significativo il tasso di riammissioni. Anche se non sono state considerate le variabili relative alla dimensione dell'efficienza, va comunque comunicato che dopo l'introduzione di questo intervento il numero dei posti letto è gradualmente diminuito da 15 a 12 (da 1,15 per 10.000 a 0,9 per 10.000), permettendo la trasformazione dei tre posti letto in *day-hospital*. La continua conferma dei risultati osservati dopo l'introduzione di questo intervento porta alla conclusione l'attività di gruppo è promettente per migliorare le condizioni dei pazienti e l'atmosfera del reparto.

QUARTO STUDIO ANALIZZATO:

Valutazione nel SPDC di Arezzo di "Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo in SPDC"

Travi, M., Cappuccini, M., Pinzaglia, L., Serafini, U., Cesari, G. (2010).

Scopo: Questo articolo descrive l'applicazione manualizzata dell'intervento cognitivo-comportamentale/psicoeducativo di gruppo presso il SPDC del Policlinico di Arezzo a partire da Maggio 2004 fino al Dicembre 2009.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio di Coorte, Prospettico. L'obiettivo generale dell'attività di gruppo è quello di ottenere la partecipazione attiva e informata dei pazienti. Gli obiettivi specifici per i pazienti sono:

- aiutarli a “normalizzare” l'esperienza di malattia;
- ridurre l'isolamento dagli altri degenti tramite la condivisione dell'esperienza di malattia;
- aumentare la compliance al trattamento durante il ricovero e dopo la dimissione;
- migliorare le abilità di riconoscimento dei segni precoci di una nuova crisi psichica;
- migliorare l'autocontrollo e l'autostima.

Gli obiettivi specifici per il Servizio sono:

- aumentare la motivazione e l'impegno degli operatori, diminuendo il *burn-out*;
- migliorare la collaborazione tra pazienti, e tra pazienti e operatori;
- rinforzare gli operatori a fronteggiare la malattia mentale acuta.

Non è stata fatta alcuna selezione dei pazienti, in modo da poter osservare e riportare una situazione reale. Il 40% dei pazienti soffriva di schizofrenia, il 19% di disturbi affettivi con sintomi psicotici, il 34% di disturbi di personalità, il 5% di dipendenze e il 2% di disturbi alimentari.

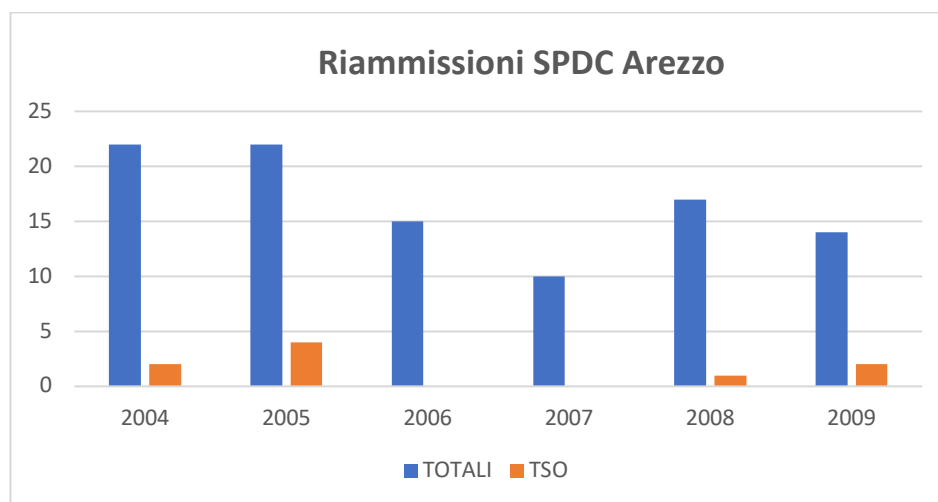
Sono stati presi in considerazione 5 indicatori di efficacia:

- partecipazione alle sedute psicoeducative da parte dei pazienti;
- frequenza delle riammissioni in SPDC;
- atmosfera di reparto;
- frequenza dei comportamenti aggressivi e violenti;
- soddisfazione degli utenti e dei familiari nel SPDC.

Risultati: Per quanto riguarda il primo indicatore di efficacia “partecipazione alle sedute psicoeducative da parte dei pazienti”, sono stati considerati i pazienti che hanno

svolto 3 o più incontri. L'84% di tutti i pazienti ricoverati nel periodo di osservazione ha preso parte all'attività di gruppo cognitivo-comportamentale.

Il secondo indicatore "frequenza delle riammissioni in SPDC" rivela una significativa riduzione, da 22 a 14 (*Grafico 1*).



(*Grafico 1: Riammissioni SPDC Arezzo tra il 2004 e il 2009*)

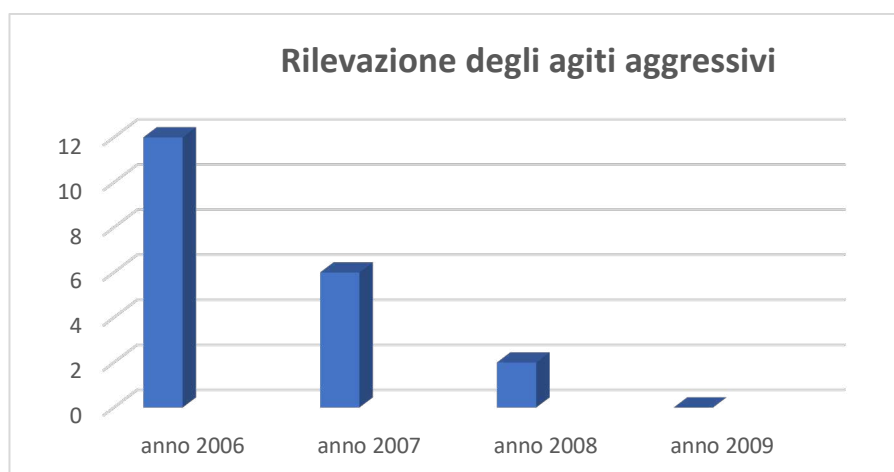
Il terzo indicatore "atmosfera di reparto", viene misurato con una scala di valutazione ideata dall'Istituto Superiore di Sanità. Ogni livello di codifica è caratterizzato da un colore specifico (*Allegato 1*): bianco se l'atmosfera è eccellente, verde se l'atmosfera è accettabile, giallo se uno o più pazienti hanno un comportamento disturbante che però non provoca allarme, arancio se uno o più pazienti presentano un comportamento disturbante che richiede un intervento immediato ma senza procedere a un eventuale contenimento, rosso se il comportamento disturbante è talmente grave che richiede l'uso del contenimento per effettuare la terapia.

Nel periodo tra il 2006 e il 2009 c'è una prevalenza di "codice verde" (79%) che evidenzia un prolungato clima di reparto stabile e collaborativo (*Grafico 2*).



(Grafico 2: Registrazione dell'atmosfera di reparto tra il 2006 e il 2009)

Il quarto indicatore “frequenza dei comportamenti aggressivi e violenti” mostra una riduzione, fino all’azzeramento (*Grafico 3*).



(Grafico 3: Rilevazione agiti aggressivi nel SPDC di Arezzo tra il 2006 e il 2009)

Il quinto indicatore “soddisfazione degli utenti e dei familiari nel SPDC” è fornito da un questionario breve auto compilativo ideato dall’Istituto Superiore di Sanità. Gli *items* sono i seguenti:

- l’assistenza ricevuta;
- la disponibilità dei professionisti quando richiesta;
- l’aiuto ricevuto;

- l'utilità della partecipazione alla psicoeducazione;
- le informazioni ricevute durante il ricovero;
- compliance farmacologica;
- utilità del ricovero.

Per ognuno di questi, ci sono 5 livelli di codifica con relative definizioni opzionali, che variano da “poco o per niente” a “moltissimo o sempre soddisfazione”. Il 71% degli utenti ha restituito il questionario compilato e la percentuale di soddisfazione è apparsa sempre elevata (dal 58 al 73%) in tutti gli *items* descritti.

Conclusioni: Dai dati esposti ci sembra opportuno sottolineare il clima di reparto e le valutazioni di gradimento da parte delle persone ricoverate. Questi dati ci fanno ritenere che il lavoro che si sta facendo abbia un riscontro sufficientemente positivo. Alcuni elementi che riteniamo siano utili per favorire un clima di reparto positivo sono: piccolo numero di pazienti, ricovero deciso dallo psichiatra e non dal Pronto Soccorso, finalizzato a non fare entrare in un reparto, non adeguato per loro, persone il cui scompenso comportamentale sia in relazione a problematiche mediche di ordine generale e a non ricoverare persone in stato di incoscienza che si “risvegliano” solo in reparto. In conclusione, pur non potendo in questo articolo fare una valutazione di quali siano gli elementi che incidono maggiormente nel cambiamento, riteniamo che sia significativo che alcuni dati siano migliorati dopo l'introduzione nel SPDC dell'intervento cognitivo-comportamentale/psicoeducativo di gruppo.

QUINTO STUDIO ANALIZZATO:

Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo

Group-based rehabilitative interventions in the Department of Mental Health of Viterbo, Italy

Zucca, C., Ortolani, E., Frattarolo, S., Aiello, T., Travaglini, G., Cro, F., Trisolini, A., (2017).

Scopo: Lo scopo dello studio è quello di verificare l'efficacia e i possibili vantaggi per l'utenza di alcuni interventi riabilitativi di gruppo effettuati presso il SPDC e il DSM di Viterbo. Prendiamo in considerazione unicamente lo studio svolto sull'attività di gruppo cognitivo-comportamentale/ psicoeducativa nel SPDC.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio di Coorte, Retrospectivo. Il campione considerato è costituito dai pazienti che hanno partecipato ad almeno due incontri nel periodo marzo-giugno 2015.

Il lavoro di gruppo nel SPDC di Viterbo è stato strutturato a partire dal modello a moduli di Campobasso (*F. Veltro et al. 2015*), con modifiche legate al contesto operativo locale. I gruppi sono stati svolti nella sala ricreativa del reparto, dopo il giro visite del mattino, dal lunedì al giovedì, e riservando il venerdì all'argomento di gruppo "Dimissione". Alla partecipazione all'attività di gruppo erano invitati tutti i pazienti ricoverati e tutti gli operatori sanitari presenti. La conduzione e la co-conduzione del gruppo erano affidate a due tecniche della riabilitazione psichiatrica.

- Sono stati utilizzati dei questionari auto-compilativi all'inizio e alla fine dell'incontro, per capire l'effetto dell'intervento sulle conoscenze e sulle opinioni dei pazienti in merito agli argomenti affrontati;
- all'inizio di ogni incontro i partecipanti erano invitati a esprimersi in merito all'atmosfera di reparto, secondo una scala cromatica a cinque gradazioni, dal bianco (atteggiamento eccellente) al rosso (atmosfera agitata con episodi di aggressività), per poi riportare su una lavagna le singole risposte;
- all'ingresso e alla dimissione sono stati registrati i livelli di psicopatologia tramite la scala BPRS (*Allegato 3*);
- al termine del ricovero, tramite un altro questionario auto-compilativo ideato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato rilevato il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto all'attività di gruppo svolta.

Risultati: La seguente tabella (*Tabella X*) rappresenta le caratteristiche demografiche e cliniche del campione preso in analisi al SPDC di Viterbo tra marzo e giugno 2015.

Numero totale pazienti partecipanti	40
Sesso	M 42,5%, F 57,5%
Età media	48 (<i>range</i> 20-69)
TSO	15%
Disturbi psicotici	33%
Disturbi bipolari	30%
Disturbi depressivi	23%
Disturbi di personalità	7%
Altri disturbi	7%

(Tabella X: *Caratteristiche demografiche e cliniche del campione preso in analisi al SPDC di Viterbo tra marzo-giugno 2015*)

Su 106 pazienti totali ricoverati nel periodo indicato, 60 hanno partecipato almeno a una sessione di gruppo e 40 ad almeno due. La partecipazione è progressivamente diminuita con il progredire dei moduli, anche perché la breve durata media dei ricoveri (una settimana circa) e il conseguente elevato *turnover* dei pazienti, con continuo subentro di nuovi partecipanti, portavano i conduttori a riproporre spesso il modulo iniziale, per poter svolgere gli incontri in modo sequenziale. Le variazioni dei punteggi BPRS (*Allegato 3*) all'inizio e alla fine del ricovero non differivano in modo significativo tra il gruppo dei partecipanti e il resto del campione. Tuttavia, non si è osservato nessun nuovo ricovero nei quattro mesi dell'intervento, ma unicamente quattro ricoveri volontari riguardanti pazienti che avevano partecipato solo a due incontri su cinque. Il 19,70% dei pazienti non partecipanti è andato incontro a nuovi ricoveri, di cui quattro in regime di TSO, nel periodo di tempo considerato. La competenza dei partecipanti sugli argomenti trattati nei moduli, misurata confrontando i risultati dei questionari auto-compilativi prima e dopo ogni incontro, è aumentata in modo significativo per ogni sessione. La variazione più significativa è stata osservata per il modulo "Psicofarmaci".

L'atmosfera di reparto è stata giudicata “eccellente” o “buona” dall'87,50% degli intervistati. La soddisfazione per l'assistenza ricevuta è stata massima negli utenti che hanno partecipato a tutti gli incontri, con differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo dei non partecipanti ($p < 0.05$).

Conclusioni: La partecipazione ai gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi nel SPDC di Viterbo ha riportato un effetto positivo in termini di riduzione dei ricoveri ripetuti, soprattutto in TSO. Non è da attribuire a un'attenuazione della sintomatologia psicotica poiché non vi sono variazioni significative dei punteggi BPRS (*Allegato 3*) correlate con la partecipazione ai gruppi, ma piuttosto a un generale incremento della consapevolezza, favorito anche da una maggiore soddisfazione per l'assistenza ricevuta, che si traduce in un aumento della fiducia nel servizio e in una diminuzione degli interventi coercitivi (TSO, contenzioni). È una buona opzione di ulteriore trattamento da affiancare alla terapia farmacologica. Si è osservato come tra i moduli costanti in cui è suddiviso l'intervento cognitivo-comportamentale/psicoeducativo in SPDC quello sugli psicofarmaci è risultato essere quello associato al maggiore apprendimento. È degno di nota il fatto che i pazienti, che si dimostravano interessati e curiosi riguardo questi aspetti legati alla loro terapia farmacologica nel contesto grupale, si dicevano invece restii a chiedere informazioni in tal senso al loro medico all'interno della relazione terapeutica.

SESTO STUDIO ANALIZZATO:

Interventi cognitivo-comportamentali di gruppo e psicoanalisi multifamiliare di gruppo in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Cognitive-Behavioural group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward

Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffò, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M.I., Nicolò, G. (2020).

Scopo: Lo scopo di questo studio è valutare e confrontare l'efficacia tra due interventi di gruppo con differente orientamento teorico all'interno di un SPDC, tra Marzo e Luglio 2018. Uno è l'intervento cognitivo-comportamentale/psicoeducativo di gruppo, mentre il secondo è l'intervento di gruppo di psicoanalisi multifamiliare secondo il modello di Jorge García Badaracco. Gli obiettivi della ricerca sono:

1. Valutare l'eventuale miglioramento della soddisfazione degli utenti partecipanti ai gruppi nei confronti delle attività svolte nel reparto, e la percezione del clima relazionale che si instaura all'interno dello stesso.
2. Studiare eventuali differenze sulla percezione di tali variabili tra utenti partecipanti ai gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi e quelli partecipanti ai gruppi di psicoanalisi multifamiliare.
3. Valutare l'eventuale miglioramento della soddisfazione dei familiari partecipanti al gruppo nei confronti delle attività svolte nel reparto, e la percezione del clima relazionale che si instaura all'interno dello stesso.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio sperimentale, un Trial Controllato Randomizzato.

Lo studio parte da marzo e finisce a luglio 2018. Gli utenti sono stati divisi in due gruppi: Gruppo 1, utenti partecipanti ai gruppi; Gruppo 2, utenti non partecipanti ai gruppi (*Tabella XI*).

	Gruppo 1 (partecipanti)	Gruppo 2 (non partecipanti)
Totale utenti	83	41
Genere	42 maschi; 41 femmine	23 maschi; 18 femmine
Età media	44,8	47
Scolarità media	10,3	10,1

(*Tabella XI: Descrizione del campione Gruppo 1 e Gruppo 2*)

Il Gruppo 1, con gli utenti partecipanti, è stato ulteriormente suddiviso in: partecipanti al gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo e partecipanti al gruppo di psicoanalisi multifamiliare (*Tabella XII*).

Gruppo 1 (partecipanti)	Gruppo cognitivo- comportamentale/psicoeducativo	Gruppo psicoanalisi multifamiliare
Totale Utenti	68	44
Genere	32 maschi; 36 femmine	25 maschi;19 femmine
Età media	44,7	41,5
Scolarità media	9,47	10,21

(Tabella XII: Descrizione del campione del Gruppo 1)

La suddivisione delle diagnosi, secondo il DSM-V, tra il Gruppo 1 e il Gruppo 2 è stata gestita nel seguente modo (*Tabella XIII*):

	Totale	Gruppo 1	Gruppo 2
Disturbi dell'umore	40%	43%	9%
Psicosi Schizofrenica	29%	12%	13%
Disturbi di personalità	24%	12%	5%

(Tabella XIII: Suddivisione delle diagnosi (DSM-V) tra il Gruppo 1 e il Gruppo 2)

Il Gruppo 1 ha subito una seconda suddivisione per diagnosi (*Tabella XIV*):

Gruppo 1 (partecipanti)	Totale	Gruppo Cognitivo- Comportamentale	Gruppo psicoanalisi multifamiliare
Disturbi dell'umore	43%	36%	8%
Psicosi Schizofrenica	12%	12%	0%
Disturbi di personalità	12%	9%	2%

(Tabella XIV: Suddivisione per diagnosi degli utenti del Gruppo 1)

Anche i familiari hanno partecipato allo studio e sono stati suddivisi in due gruppi (*Tabella XV*):

Familiari	Numero
Partecipanti	54 (56%)
Non partecipanti	41 (43%)

(Tabella XV: Familiari partecipanti e non partecipanti al gruppo di psicoterapia multifamiliare)

I gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi sono stati effettuati due volte a settimana, al lunedì e al mercoledì, dalle 14:45 alle 15:45 e condotti dalla psicologa e dagli psichiatri del reparto. I gruppi di psicoterapia multifamiliare, sono stati effettuati una volta alla settimana, tutti i martedì, dalle 15:45 alle 16:45 e condotti esclusivamente dalla psicologa. In totale si parla di 17 incontri di gruppo cognitivo-comportamentali/psicoeducativi e 14 gruppi di psicoterapia familiare. Mediamente gli utenti partecipano a 2-3 gruppi dato che la durata media dei ricoveri è di 14 giorni. Alla fine di ogni incontro è stato somministrato a ogni partecipante il questionario di gradimento verso il gruppo e a fine del ricovero a utenti e familiari è stato fatto

compilare il questionario di soddisfazione verso il reparto. Gli strumenti utilizzati sono:

- Questionario di Soddisfazione; questionario composto da 5 *item*, ai quali si risponde attribuendo punteggi che vanno da 0 a 10, volti a valutare: utilità del gruppo; stress dato dalla partecipazione; noia relativa all'intervento gruppale; nuova partecipazione; facilità degli argomenti.
- Questionario di Soddisfazione sul reparto, in versione utenti (strutturato dagli operatori del reparto, 2016); è composto da 13 *item* suddivisi a loro volta in 6 categorie che vanno a valutare: l'accoglienza in reparto, il personale infermieristico, il personale medico, l'efficacia delle cure, il gradimento delle attività e clima percepito e il giudizio complessivo. Il soggetto deve rispondere alle domande su una scala *Likert* a 5 livelli, da pessimo a ottimo. Nel comporlo sono stati usati i seguenti parametri: esprimere chiaramente nell'introduzione del questionario il motivo e le finalità dell'indagine; porre domande sintetiche e in un numero limitato; assicurarsi che l'intervistato sia in grado di compilare il questionario facilmente.
- Questionario di Soddisfazione sul reparto, in versione familiari (strutturato dagli operatori del reparto, 2016); costruito similmente al precedente, è composto da 14 *item* che vanno a studiare l'accoglienza in reparto, il personale medico, il personale infermieristico, il clima relazionale all'interno del reparto, la soddisfazione rispetto alle cure, il gradimento delle attività che coinvolgono i familiari e infine il giudizio complessivo; è strutturato anche questo su una scala *Likert* a 5 livelli, da pessimo a ottimo.
- Valutazione degli esiti alle dimissioni.

Risultati: Sono stati somministrati in totale 123 questionari sulla soddisfazione degli utenti partecipanti e non ai gruppi. Non vi sono differenze medie sostanziali per quanto riguarda la soddisfazione del reparto, ma si possono notare differenze significative ($p < 0,01$) nelle aree che indagano il gradimento nei confronti della soddisfazione del clima del reparto tra utenti partecipanti e utenti non partecipanti a gruppi (*Tabella XVI*).

Utenti	Clima e attività
Gruppo 1 (non partecipanti)	M 3,3 (DS, 900)
Gruppo 2 (partecipanti)	M 2,9 (DS, 466)

(Tabella XVI: Diversa soddisfazione degli utenti del Gruppo 1 e Gruppo 2 rispetto il clima e l'attività del reparto)

Inoltre, a mostrarsi più soddisfatti delle attività sono gli utenti che partecipano ai gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi ($p < 0,01$), come evidenziato dai punteggi medi (Tabella XVII).

Utenti	Soddisfazione attività
Gruppo cognitivo-comportamentale	M 3,7 (DS, 458)
Gruppo psicoanalisi multifamiliare	M 3,04 (DS, 861)

(Tabella XVII: Soddisfazione attività a confronto tra gruppo cognitivo-comportamentale e gruppo psicoanalisi multifamiliare)

Questi risultati vengono riconfermati da un questionario che indaga il gradimento specifico relativo ai singoli gruppi. I risultati sottolineano come i pazienti descrivano i gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi come: maggiormente utili, più stimolanti e meno stressanti e maggiormente propensi verso una nuova partecipazione (Tabella XVIII).

Utenti	Utilità	Stress	Noia	Nuova partecipazione	Facilità argomenti
Gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo	M 9,3 (DS 1,26)	M 8,8 (DS 1,66)	M 8,9 (DS 2,14)	M 9,2 (DS 1,63)	M 8,2 (DS 2,15)
Gruppo psicoanalisi multifamiliare	M 8,5 (DS 2,3)	M 7,8 (DS 2,64)	M 6,9 (DS 2,83)	M 8,3 (DS 2,39)	M 7,1 (DS 2,38)

(Tabella XVIII: Gradimento specifico dei pazienti relativo ai singoli gruppi)

Per quanto riguarda la soddisfazione dei familiari, i dati hanno evidenziato che i familiari partecipanti ai gruppi percepiscono, come accade per gli utenti, un miglior clima relazionale all'interno del reparto e maggior gradimento verso le attività proposte, mettendo in luce una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabella XIX).

Familiari	Clima	Attività
Partecipanti	M 3,3 (DS 0,667)	M 3,4 (DS 0,816)
Non partecipanti	M 2,6 (DS 0,858)	M 2,7 (DS 0,895)

(Tabella XIX: Descrizione risultati relativi alla soddisfazione dei familiari)

Conclusioni: La presenza di gruppi psicoterapeutici nel SPDC non solo sembrerebbe essere ben accolta e percepita positivamente da utenti e familiari, ma contribuisce anche ad aumentare la soddisfazione nei confronti del reparto. In particolare si è visto che i gruppi sono più efficaci in termini di partecipazione e gradimento, all'interno di un SPDC, rispetto a un gruppo di psicoanalisi tradizionale. Inoltre, la soddisfazione

mostrata dagli utenti verso i gruppi potrebbe essere un punto di partenza per aumentare la compliance non solo durante il periodo del ricovero, ma anche dopo le dimissioni, dunque come fattore facilitatore di una migliore alleanza terapeutica.

SETTIMO STUDIO ANALIZZATO:

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC

Bellini, L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C. (2021).

Scopo: Lo scopo di questo studio è quello di osservare se la partecipazione all'attività di gruppo cognitivo-comportamentale nel SPDC, con modello di intervento quello manualizzato da Veltro (Veltro et al. 2015), porta a dei cambiamenti rispetto agli esiti del ricovero, alla partecipazione alle cure, alla progettualità personale rispetto al proprio percorso terapeutico e, soprattutto, se può ridurre gli agiti aggressivi durante la degenza e di conseguenza anche il ricorso al contenimento fisico della stessa.

Disegno di studio: Si tratta di un Trial Controllato Randomizzato. Purtroppo, date le dimensioni numericamente ridotte del campione, questo studio è solo descrittivo e preliminare. Tuttavia si sta continuando a incrementare il campione per consentire una analisi statisticamente affidabile.

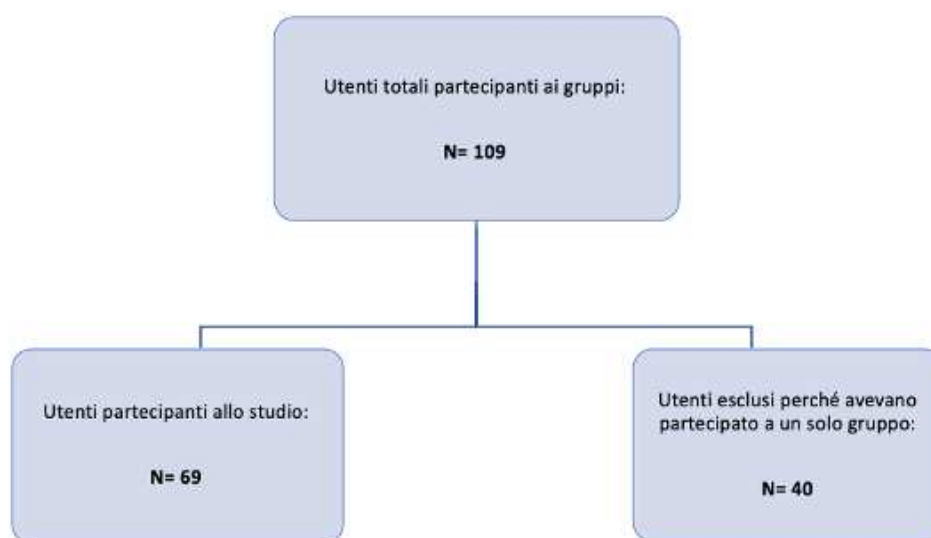
Lo studio fa riferimento al periodo compreso tra la metà di settembre 2019 e maggio 2020, durante il quale, nel SPDC di Bergamo si sono svolti 10 cicli completi dei 5 moduli costanti del manuale. Altri cicli sono stati iniziati, ma non portati a termine per problemi organizzativi in reparto o per un eccessivo *turnover* dei pazienti.

Nel periodo preso in considerazione, hanno partecipato all'attività in totale 109 utenti, con una media di 3 incontri per partecipante e 5 pazienti a incontro. Nonostante venissero invitati anche i pazienti in TSO, la loro partecipazione non è stata frequente: sui 60 incontri svolti sono stati presenti 18 volte. In alcuni casi, è stato possibile concludere il ciclo di incontri nonostante le dimissioni, o perché i pazienti erano presenti in regime di *Day Hospital* per monitoraggio post dimissione, o perché volontariamente presenti in reparto come esterni allo scopo di terminare gli incontri.

Le diagnosi dei partecipanti sono state formulate secondo i criteri del DSM 5 (*American Psychiatric Association, 2015*) e raggruppate in macro aree diagnostiche. Si è deciso di considerare la diagnosi al momento della dimissione e di escludere la categoria “dipendenze” in quanto, nel campione, era sempre presente solo in comorbidità. Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (38 partecipanti);
- Disturbi depressivi e Disturbo bipolare e correlati (42 partecipanti);
- Disturbi di personalità (27 partecipanti);
- Disturbi d’ansia (1 partecipante);
- Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (1 partecipante).

Dal momento che si è deciso di escludere chi ha presenziato ad un solo incontro o ha partecipato a più incontri ma non nel corso dello stesso ricovero, si è preso in considerazione un campione più piccolo. Dopo questa correzione, il campione (*Tabella XX*), preso in considerazione dallo studio, di partecipanti ai gruppi si è ridotto a 69 pazienti, con un'età media di 42 anni: 36 maschi e 33 femmine (*Schema 5*).



(Schema 5: Selezione ed esclusione degli utenti totali partecipanti all’attività di gruppo nel periodo che va da metà settembre 2019 a maggio 2020)

Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (20 partecipanti);
- Disturbi depressivi e Disturbo bipolare e corre lati (29 partecipanti);
- Disturbi di personalità (18 partecipanti);
- Disturbi d'ansia (1 partecipante);
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (1 partecipante).

Questi 69 pazienti hanno partecipato in media a 4 incontri.

Il gruppo di controllo è stato formato recuperando i dati degli utenti ricoverati l'anno prima dell'introduzione dell'attività, negli stessi periodi in cui si sono svolti i gruppi nel 2019. Poichè in reparto l'avvio del gruppo è iniziato nel marzo 2019, l'arruolamento dei pazienti per il gruppo di controllo è terminato in questa data. Il gruppo di controllo (*Tabella XX*) è risultato composto da 64 pazienti con un'età media di 43,5 anni: 34 maschi e 30 femmine. Le diagnosi erano suddivise in questo modo:

- disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (39 partecipanti);
- disturbi depressivi e Disturbo bipolare e corre lati (19 partecipanti);
- disturbi di personalità (10 partecipanti).

	Gruppo partecipanti	Gruppo di controllo
Numero di utenti	69	64
Età media	42	43.5
Sesso	36 maschi; 33 femmine	34 maschi; 30 femmine
Diagnosi	<ul style="list-style-type: none"> - 29 disturbi depressivi e bipolari; - 20 disturbi spettro schizofrenia e psicosi; - 18 disturbi della personalità; - 1 disturbo d'ansia; - 1 disturbo della nutrizione e alimentazione. 	<ul style="list-style-type: none"> - 15 disturbi depressivi e bipolari; - 39 disturbi spettro schizofrenia e psicosi; - 10 disturbi della personalità.

(Tabella XX: Caratteristiche demografiche e cliniche del campione)

È stato fatto un ulteriore confronto tra i 51 pazienti partecipanti all'attività di gruppo residenti nella Unità Operativa oggetto dello studio nei sei mesi precedenti e successivi al trattamento. Sono stati analizzati il numero di ricoveri, la durata, le contenzioni e i TSO.

Risultati: I risultati per quanto riguarda il confronto tra i partecipanti al gruppo e il gruppo di confronto, sono rappresentati dalla seguente tabella (*Tabella XI*):

	Gruppo partecipanti	Gruppo di controllo
Durata media del ricovero	14 giorni (ds 9,8)	18 giorni (ds 20,5)
TSO in reparto <i>(considerato TSO eseguiti in reparto solo quelli avvenuti dopo almeno sei ore dal ricovero, equi- parando quello effettuato nelle ore precedenti a quello eseguito in PS)</i>	2	1
Durata del TSO	6 e 18 giorni	21 giorni
Dimissioni volontarie	3	2
Numero episodi di contenzione	7	48
Numero dei pazienti contenuti	6	12
Durata totale delle contenzioni	66,7 ore	386,1 ore
Durata media della contenzione per paziente	11,1 ore (ds 8,7)	32,2 ore (ds 36,5)

(Tabella XI: Variabili confrontate tra i partecipanti al gruppo e il gruppo di confronto)

Inoltre, per poter constatare se il paziente, dopo aver partecipato all'attività di gruppo, fosse più consapevole del proprio disturbo, più informato sulle terapie e più attivo nel processo di cura, si è analizzata anche la variabile "aggancio al CPS" (presenza del Paziente presso il Servizio di competenza territoriale per i primi tre appuntamenti fissati dopo la dimissione dall'episodio indice) per misurare se alla dimissione chi ha

partecipato al gruppo sia stato maggiormente costante nel recarsi in visita dal proprio psichiatra e/o abbia partecipato alle attività che gli venivano proposte dagli operatori.

Dei 69 utenti, 18 non erano residenti in zone di competenza dell' Unità Operativa e non si è potuto accedere ai dati di 9 pazienti perché seguiti da un curante privato. I rimanenti 42 avevano una cartella clinica aperta e consultabile presso i CPS ed erano noti al Servizio prima del ricovero. Per motivazioni analoghe anche il gruppo di controllo è risultato composto da 42 pazienti (*Tabella XII*).

	Gruppo di partecipanti	Gruppo di controllo
Totale utenti	42	42
Frequenza regolare del CPS	36	27
Assenza immotivata	6	15

(Tabella XII: Aggancio ai Servizi Territoriali per tutti e tre gli appuntamenti successivi alla dimissione)

Per quanto riguarda i 51 utenti partecipanti all'attività di gruppo residenti nella Unità Operativa oggetto dello studio nei sei mesi precedenti e successivi al trattamento i risultati sono rappresentati dalla tabella seguente (*Tabella XIII*):

	Semestre precedente	Semestre successivo
Numero di ricoveri	16	8
Durata complessiva dei ricoveri	198 giorni	66 giorni
Durata media del ricovero	12,4 giorni (ds 10,3)	8,2 giorni (ds 3,7)
Numero di TSO	8	4
Durata complessiva del TSO	58 giorni	16 giorni
Durata media del TSO	7,2 giorni (ds 5,3)	4 giorni (ds 2,4)
Episodi di contenzione	21	1
Numero di pazienti contenuti	4	1
Durata complessiva delle contenzioni	223 ore Media per paziente 55,8 (ds 46)	4 ore

(Tabella XII: Trattamenti Sanitari Obbligatori e contenzioni nei sei mesi precedenti e posteriori all'attività di gruppo)

Conclusioni: I dati raccolti in questo studio, sebbene provvisori, sembrano confermare le altre ricerche nazionali sull'efficacia dell'attività cognitivo-comportamentale/psicoeducativa di gruppo col metodo manualizzato di Veltro et al. (2008; 2015), nei SPDC. Si è osservato che la durata del ricovero è stata leggermente inferiore nei pazienti che hanno aderito all'attività, anche se non in maniera sufficiente a confermare che la partecipazione al gruppo abbia ridotto i tempi di ricovero. Rispetto ai TSO e alle dimissioni volontarie, basandoci su numeri esigui, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi.

Lo scopo principale era valutare se l'introduzione dell'attività di gruppo, mediante il miglioramento della partecipazione attiva alle cure e del confronto reciproco positivo, potesse contribuire a ridurre la gravità e la frequenza degli agiti aggressivi. I pazienti si sono mostrati spesso curiosi e molto attivi a questi incontri, chiedendo informazioni o ponendo delle criticità che talvolta non erano emerse nei colloqui individuali. Il numero delle contenzioni è apparso quasi dimezzato nel gruppo dei partecipanti all'attività, rispetto a quello di controllo, e si sono diversificate le motivazioni: nel gruppo di partecipanti tale provvedimento è stato preso più frequentemente a causa dell'eccessiva agitazione e irrequietezza del paziente, mentre nel gruppo di controllo per contenere agiti aggressivi. Osservando la durata delle contenzioni si nota una drastica riduzione nei pazienti partecipanti al gruppo, passando dalle 386,5 ore del gruppo di controllo a 53,5. Le contenzioni utilizzate nel gruppo dei partecipanti erano tutte antecedenti alla partecipazione all'attività. Questo dato può essere letto come naturale, dal momento che la partecipazione ad un gruppo spesso avviene una volta superata la prima fase di acuzie, oppure come un effetto della partecipazione al gruppo, che permetterebbe di sentirsi maggiormente accolti, ascoltati e competenti nel contenere alcuni sintomi critici.

Inoltre, i pazienti che hanno aderito al trattamento hanno dimostrato una maggiore *compliance* alle cure ambulatoriali dopo le dimissioni, presentandosi più regolarmente agli appuntamenti con il curante in CPS. Sul diario clinico territoriale di alcuni pazienti che da ricoverati hanno partecipato al gruppo si possono trovare annotazioni quali: "molto più adeguato", "le nuove terapie sembrano più tollerate", "chiede informazioni sulla terapia", "telefona per sistemare la terapia".

Questo suggerisce che la partecipazione al gruppo abbia contribuito a formare pazienti più coinvolti, aderenti e attivi al proprio progetto terapeutico.

La seconda raccolta dati era riferita alle variazioni di alcuni parametri nello stesso campione di pazienti tra i sei mesi precedenti e quelli successivi al ricovero indice, durante il quale hanno partecipato al trattamento. I dati mostrano un dimezzamento del numero dei ricoveri dopo il trattamento e una riduzione della loro durata media. Anche i TSO, sebbene complessivamente poco rappresentati, sono risultati ridotti e più brevi nel semestre successivo alla partecipazione all'attività.

Un dato interessante riguarda il numero e la durata delle contenzioni: da 21 episodi su 4 pazienti, a 1 episodio unico, passando da un numero complessivo di 222,25 ore a 4. È presumibile che la partecipazione al gruppo abbia consentito di raggiungere una migliore consapevolezza, una migliore capacità di formulare una precoce richiesta di aiuto, un miglioramento della fiducia negli operatori e abbia fornito maggiori strumenti per controllare alcune manifestazioni, specie quelle più gravi come l'aggressività e l'agitazione psicomotoria.

Questo strumento ha permesso di avere una conoscenza più globale del paziente e ha spesso modificato la relazione terapeutica migliorando la partecipazione attiva e la fiducia dei pazienti nel percorso di cura. È sembrato significativo che alcuni dimessi abbiano scelto di tornare in reparto solo per terminare il percorso di gruppo. In conclusione questa osservazione preliminare conferma che l'introduzione in SPDC di strumenti riabilitativi di gruppo quali la terapia cognitivo-comportamentale/psicoeducativa possa contribuire a promuoverlo a luogo deputato a elaborare la crisi, a ridefinire la terapia farmacologica sperimentando nuovi approcci clinici e nuovi modelli gestionali, a impostare delle strategie di prevenzione sulle ricadute e ad accrescere il consenso del paziente attraverso un sistema di cura *community based*. L'introduzione routinaria in SPDC di questo strumento, formando pazienti più competenti e aderenti al trattamento e alle strategie di recovery, sembra inoltre utile a ridurre notevolmente il ricorso a interventi coercitivi, migliorando la fiducia degli utenti nei confronti dei Servizi di cura (Cohen et al., 2007).

3.3 Sintesi dei risultati prodotti

Outcomes	Risultati	Studio
<p>Riammissioni e TSO nelle riammissioni</p>	<p>Rispetto al 1997, nel 1998 le riammissioni sono diminuite di 1/3 e i TSO nelle riammissioni sono diminuiti di 3/4 (rispettivamente $p < 0.05$ e $p < 0.001$). Entrambi statisticamente significativi.</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni le riammissioni sono passate da 58 nell'anno 0 (2001) a 43 nell'anno 2 (2003), mentre i TSO nelle riammissioni sono passati da 10 nell'anno 0 a 2 nell'anno 2 (rispettivamente $p < 0.04$ e $p < 0.03$). Entrambi statisticamente significativi.</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di quattro anni le riammissioni sono scese gradualmente, fino ad arrivare a 25 nell'anno 4 (2005), mentre i TSO nelle riammissioni sono arrivati a 0 nell'anno 4. Entrambi statisticamente significativi. Sono state osservate anche le riammissioni suddivise per disturbo psichiatrico. La loro riduzione è stata coerente solo per i disturbi schizofrenici ($p < 0,001$) e bipolari ($p < 0,04$).</p>	<p>Bazzoni et al., 2001.</p> <p>Veltro et al., 2006.</p> <p>Morosini et al., 2007.</p>

	<p>La frequenza delle riammissioni è passata da 22, prima dell'inizio dell'attività di gruppo, a 14 (scese in modo graduale tra il maggio 2004 e il dicembre 2009), rivelando una significativa riduzione.</p> <p>Non c'è stato nessun ricovero nei quattro mesi dell'intervento, ma unicamente quattro ricoveri volontari, riguardanti pazienti che avevano partecipato a due gruppi su cinque, nei quattro mesi successivi. Mentre il 19,70% dei pazienti non partecipanti è andato incontro a nuovi ricoveri, di cui quattro in regime di TSO, nel periodo di tempo considerato.</p>	<p>Travi et al., 2010.</p> <p>Zucca et al., 2017.</p>
<p>Atmosfera del reparto</p>	<p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni l'atmosfera di reparto calcolata con una scala ad <i>hoc</i> in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'anno 0 (2001) era, in media, di 2,1 o "codice giallo". Nell'anno 1 (2002) la media era 1,8 o "codice verde" e nell'anno 2 (2003) era 1,2 o "codice bianco". Tra i tre anni la differenza è stata statisticamente significativa ($p < 0,001$).</p>	<p>Veltro et al., 2006.</p>

	<p>Nello studio di <i>follow-up</i> di quattro anni l'atmosfera di reparto calcolata con una scala ad <i>hoc</i> in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'anno 0 (2001) era, in media, di 2,1 o “codice giallo”, mentre nell'anno 4 (2005) era a 1,3 o “codice bianco”. Tra i vari anni la differenza è stata statisticamente significativa ($p < 0,001$).</p> <p>L'indicatore viene misurato con una scala di valutazione ideata dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel periodo tra il 2006 e il 2009 c'è prevalenza di “codice verde” (79%), che evidenzia un clima di reparto stabile e collaborativo.</p> <p>È stata giudicata “eccellente” o “buona” dall'87% e 50% degli intervistati.</p> <p>Sono stati somministrati 123 questionari sulla soddisfazione degli utenti partecipanti e non ai gruppi. Si possono notare differenze significative nelle aree indaganti il gradimento nei confronti della soddisfazione degli utenti rispetto al clima del reparto (13 <i>items</i>) tra chi ha partecipato ai gruppi e chi no ($p < 0,01$).</p>	<p>Morosini et al., 2007.</p> <p>Travi et al., 2010.</p> <p>Zucca et al., 2017.</p> <p>Tarallo et al., 2020.</p>
--	---	--

<p>Durata media ricovero</p>	<p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni la durata media del soggiorno è passata da 14 giorni nell'anno 0, a 11,5 nell'anno 2. Non è statisticamente significativa.</p> <p>Tra il gruppo dei partecipanti all'attività e quello di controllo la durata media del ricovero è stata rispettivamente di 14 giorni e di 18 giorni. Non è statisticamente significativo date le dimensioni numericamente ridotte del campione (questo studio è solo descrittivo e preliminare).</p> <p>Per quanto riguarda i 51 utenti residenti nell'Unità Operativa oggetto dello studio, i sei mesi precedenti all'attività, la durata media dei ricoveri era di 12,4 giorni, mentre nei sei mesi successivi si è ridotta a 8,2 giorni. Non è statisticamente significativo.</p>	<p>Veltro et al., 2006.</p> <p>Bellini et al., 2021.</p>
-------------------------------------	---	--

<p>Soddisfazione utenti</p>	<p>Nell'ultimo trimestre del 1998, 91 pazienti hanno compilato un questionario che ha riportato che: il 65% ha trovato l'attività "molto utile con qualche eccezione" o "molto utile senza eccezioni". Quasi tutti gli altri l'anno trovata abbastanza utile.</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni la soddisfazione degli utenti è stata valutata, a partire dal gennaio 2001, tramite questionario breve (5 <i>items</i>) che deriva da uno strumento di valutazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. Il risultato è stato positivo.</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di quattro anni, la soddisfazione degli utenti è stata valutata tramite questionario breve (5 <i>items</i>) che deriva da uno strumento di valutazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. Tra i vari anni la differenza è stata statisticamente significativa ($p < 0,001$).</p> <p>Il 71% degli utenti ha restituito il questionario auto compilativo a 7 <i>items</i>. La percentuale di soddisfazione è apparsa sempre elevata in tutti gli <i>items</i>: dal 58% al 73%.</p>	<p>Bazzoni et al., 2001</p> <p>Veltro et al., 2006.</p> <p>Morosini et al., 2007</p> <p>Travi et al., 2010.</p>
------------------------------------	---	---

	<p>La soddisfazione per l'assistenza ricevuta è stata massima negli utenti che hanno partecipato a tutti gli incontri, con differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo dei non partecipanti $p < 0,05$).</p> <p>Sono stati somministrati 123 questionari sulla soddisfazione degli utenti partecipanti e non ai gruppi. A mostrarsi più soddisfatti delle attività sono gli utenti che partecipano ai gruppi cognitivo-comportamentali/psicoeducativi ($p < 0,01$). Questi ultimi vengono infatti descritti come: maggiormente utili, più stimolanti e meno noiosi e maggiormente propensi verso una nuova partecipazione.</p>	<p>Zucca et al., 2017.</p> <p>Tarallo et al., 2020.</p>
--	--	---

<p>Episodi di violenza</p>	<p>Gli episodi di violenza sono passati da 211, nel 1997, a 121, nel 1998. Questo dato è statisticamente significativo ($p < 0,001$).</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni gli episodi di violenza sono scesi al minimo. Questo dato è sottointeso dai risultati ottenuti dalla voce presente in questa tabella “atmosfera di reparto”.</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di quattro anni gli episodi di violenza sono scesi al minimo. Questo dato è sottointeso dai risultati ottenuti dalla voce presente in questa tabella “atmosfera di reparto”.</p> <p>L’indicatore “frequenza dei comportamenti aggressivi e violenti” mostra una riduzione, fino all’azzeramento, dal 2006 al 2009.</p> <p>Gli episodi di violenza sono scesi al minimo. Questo dato è sottointeso dai risultati ottenuti dalla voce “atmosfera di reparto”, presente in questa tabella.</p>	<p>Bazzoni et al., 2001.</p> <p>Veltro et al., 2006.</p> <p>Morosini et al., 2007</p> <p>Travi et al., 2010.</p> <p>Zucca et al., 2017.</p>
-----------------------------------	--	---

	<p>È presumibile che la partecipazione al gruppo abbia consentito di raggiungere una migliore consapevolezza, una migliore capacità di formulare una precoce richiesta di aiuto, un miglioramento della fiducia negli operatori e abbia fornito maggiori strumenti per controllare alcune manifestazioni, specie quelle più gravi come l'aggressività e l'agitazione psicomotoria. Questa affermazione è indicato dai risultati ottenuti dalla voce “contenzioni fisiche”, presente in questa tabella. Non è statisticamente significativo date le dimensioni numericamente ridotte del campione (questo studio è solo descrittivo e preliminare).</p>	<p>Bellini et al., 2021.</p>
<p>Contenzioni fisiche</p>	<p>Le variabili messe a confronto tra il 1997 e il 1998, indicano una differenza statisticamente rilevante: da 12 a 2 contenzioni ($p < 0,02$).</p> <p>Nello studio di <i>follow-up</i> di due anni, le contenzioni fisiche sono passate da 5 nell'anno 0 (2001) a 1 sia nell'anno (2002) che nell'anno 2 (2003). È stasticamente significativa.</p>	<p>Bazzoni et al., 2001.</p> <p>Veltro et al., 2006.</p>

	<p>Il numero delle contenzioni è apparso quasi dimezzato nel gruppo dei partecipanti all'attività, rispetto a quello di controllo, e si sono diversificate le motivazioni: nel gruppo di partecipanti tale provvedimento è stato preso più frequentemente a causa dell'eccessiva agitazione e irrequietezza del paziente, mentre nel gruppo di controllo per contenere agiti aggressivi. Osservando la durata delle contenzioni si nota una drastica riduzione nei pazienti partecipanti al gruppo, passando dalle 386,5 ore del gruppo di controllo a 53,5.</p> <p>Le contenzioni utilizzate nel gruppo dei partecipanti erano tutte antecedenti alla partecipazione all'attività. Questo dato può essere letto come naturale, dal momento che la partecipazione ad un gruppo spesso avviene una volta superata la prima fase di acuzie, oppure come un effetto della partecipazione al gruppo, che permetterebbe di sentirsi maggiormente accolti, ascoltati e competenti nel contenere alcuni sintomi critici. Tuttavia, non è statisticamente significativo date le dimensioni numericamente ridotte del campione (questo studio è solo descrittivo e preliminare).</p>	<p>Bellini et al., 2021.</p>
--	---	------------------------------

(Tabella XIII: Sintesi delle variabili prese in considerazione nei sette studi)

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Discussione

L'intervento di gruppo, oggetto della revisione, si basa sull'adattamento del modello di trattamento individuale cognitivo-comportamentale delle psicosi da Fowler et al. (1998) e del modello di intervento psicoeducativo di Falloon et al. (2004).

Il modello cognitivo-comportamentale di gruppo parte dai concetti di *stress-vulnerabilità-coping*. Ogni individuo possiede una sua specifica vulnerabilità di fronte a una situazione di stress che ne consentirà il superamento o meno. È come se ognuno di noi avesse uno scudo, suddiviso in tre parti: biologico, psicologico e sociale (bio-psico-sociale). Ognuna di queste componenti può avere dei punti di debolezza che influenzano la capacità protettiva dello scudo. In un paziente affetto da patologia psichiatrica queste debolezze sono molto consistenti ed impediscono di fronteggiare in modo efficace gli *stressor* (fattori stressanti). Il lavoro che bisogna fare in questi casi è riuscire a rafforzare il più possibile queste fragilità. Ad esempio si possono utilizzare farmaci per quanto riguarda la parte bio, mentre per la parte psico-sociale si può intervenire portando i pazienti a mettere in atto strategie di *coping* efficaci. Ci deve quindi essere una collaborazione tra la farmacologia e il lavoro psicoeducativo per riuscire a colmare le lacune della condizione bio-psico-sociale propria dell'individuo.

Dopo l'analisi dei 7 studi selezionati si può dedurre che il gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativo porta a dei vantaggi sui seguenti aspetti:

- cambiamento in senso collaborativo dell'atteggiamento dei pazienti;
- miglioramento dell'atmosfera del reparto;
- diminuzione di episodi di violenza;
- miglior conoscenza dei pazienti da parte degli operatori;
- miglioramento dei rapporti interpersonali;
- maggior soddisfazione degli utenti rispetto il ricovero;
- riduzione delle riammissioni;
- riduzione dei TSO nelle riammissioni.

Durante gli incontri si crea un clima di accettazione e collaborazione: i pazienti che stanno meglio spiegano le ragioni del ricovero, così anche i pazienti più oppositivi raccontano come e perché sono stati ricoverati. L'esempio fornito da altri pazienti, con cui il nuovo paziente si può identificare, lo aiuta a sentirsi più responsabile della cura del suo disturbo e ad accettare di collaborare con i professionisti della salute mentale. Questi ultimi trascorrono in gruppo con i pazienti circa un'ora e mezza tre volte a settimana, oltre che tutto il resto delle 24 ore in reparto. Ciò permette loro di osservare come i pazienti si muovono, parlano, se sono capaci di rispettare le regole, di che umore sono, se sono calmi oppure irrequieti o agitati, e di quali sintomi soffrono. Queste osservazioni consentono di calibrare meglio la terapia farmacologica e di decidere il momento delle dimissioni. Gli infermieri che operano nei SPDC in cui è stato applicato il metodo in oggetto, hanno tutti giudicato positivamente l'introduzione del lavoro di gruppo (Veltro et al., 2015).

Questa attività è stata impiegata anche all'estero: la prima esperienza internazionale è stata quella di un centro per pazienti acuti nelle isole Hawaii dove, a cura di una psicologa clinica, è stata chiesta la traduzione del manuale. Tra le esperienze internazionali c'è anche quella di Lynch et al. (2010) che hanno strutturato per il reparto per acuti un approccio di gruppo sulla base del modello elaborato da Veltro et al. e da Page e Hooke (2003) i cui risultati osservati in uno studio pilota, non riportato tra le analisi, sono stati positivi per quanto riguarda il funzionamento generale. Allo stesso modo allo Stanford Medical Center negli Stati Uniti d'America, parti del manuale sono state incorporate nei loro programmi per pazienti acuti con particolare riferimento al modulo "Pensiero Psicotico". Infine c'è stata anche una collaborazione con Raune del National Health Service Foundation Trust, Central and Nord West London, per la messa a punto del "Questionario di soddisfazione per l'Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo", ossia un questionario per misurare il grado di soddisfazione dei pazienti che partecipano all'attività nei reparti psichiatrici. L'articolo pubblicato da Veltro et al. (2008) e intitolato "*Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients: 4 year follow-up study.*" pubblicato nel J Psychiat Pract (2008), è recensito ampiamente sul blog del Beck Institute for Cognitive Behaviour Therapy di New York (Veltro et al., 2013).

Gli studi dimostrano che, con l'applicazione costante e quotidiana dell'intervento di gruppo e con un approccio strutturato di tipo cognitivo-comportamentale (più semplice da attuare da parte del conduttore e più facilmente comprensibile in poco tempo dal paziente) con valenza psicoeducativa, si possono ottenere benefici per i pazienti e per il servizio che li ha in carico. La maggior parte dei pazienti ricoverati ha trovato il gruppo utile percependolo come una possibilità concreta di apprendere e consolidare strategie adeguate per fronteggiare e iniziare ad autogestire il proprio disturbo, evitando di andare incontro a ricadute. Non si tratta di un intervento concepito per il trattamento della singola persona, ma di un intervento che impatta sull'intero sistema di cura innalzando e modificando l'intensità delle cure stesse.

4.2 Implicazioni per la pratica

Da questa revisione della letteratura si può notare come la terapia di gruppo psicoeducativa, può portare all'ottenimento di benefici per i pazienti e per il servizio che li ha in carico. Inoltre, essendo un metodo relativamente semplice, è facilmente attuabile anche dagli infermieri, che non hanno alle spalle una preparazione incentrata sulla salute mentale, sulla psicoterapia e sulle tematiche ad essa correlate. Agli infermieri può pertanto, come ho potuto constatare nel reparto dove ho condotto il tirocinio, essere affidata la gestione dei gruppi, dopo un opportuno corso di formazione di circa tre giorni.

4.3 Implicazioni per la ricerca

Il miglior metodo di studio rivolto all'analisi dell'efficacia di questa attività di gruppo è quello sperimentale controllato randomizzato a cluster (RCT). Bisognerebbe coinvolgere diversi SPDC, nei quali la metà degli utenti dovrebbe costituire il gruppo sperimentale e l'altra metà il gruppo di controllo, come viene suggerito in una revisione metodica (Veltro et al., 2013) e come abbiamo visto nello studio RCT di Bellini et al. (2021), sebbene i dati fossero troppo pochi per costituire un risultato statisticamente significativo. In letteratura ad oggi sono ancora poco presenti studi RCT accuratamente progettati per valutare i benefici che la terapia di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativa manualizzata di Franco Veltro et al., può

portare in un reparto per acuti. Il trattamento è in continuo *work in progress*, e si sta espandendo nel territorio nazionale e internazionale. Per questo motivo è bene proseguire con gli studi, soprattutto RCT, in modo da poter valutare e riconfermare le opportunità offerte da questo tipo di progetto.

4.4 Conclusioni

Questa revisione della letteratura sull'attività di gruppo cognitivo-comportamentale/psicoeducativa nei SPDC secondo il metodo Veltro et al. (2015), ha dimostrato che investire su questa tipologia di intervento porta a benefici per gli utenti ricoverati e per il servizio che li ha in carico.

Di seguito sono riportati in dettaglio gli indicatori di efficacia utilizzati negli studi analizzati e già elencati sopra, che hanno riportato risultati positivi statisticamente significativi:

- allontanamenti non concordati dal reparto sono risultati positivi nell'unico studio che li ha presi in considerazione (*Bazzoni et al., 2001*);
- riammissioni sono diminuite in quattro studi (*Bazzoni et al., 2001; Veltro et al., 2006; Morosini et al., 2007; Travi et al., 2010*);
- TSO nelle riammissioni sono diminuiti in tre studi (*Bazzoni et al., 2001; Veltro et al., 2006; Morosini et al., 2007*);
- atti di violenza e/o di aggressività valutati e stimati come diminuiti in cinque studi (*Bazzoni et al., 2001; Veltro et al., 2006; Morosini et al., 2007; Travi et al., 2010; Zucca et al., 2017*);
- contenzioni fisiche sono diminuite in due studi (*Bazzoni et al., 2001; Veltro et al., 2006*);
- atmosfera di reparto, presenta risultati positivi in diversi studi (*Bazzoni et al., 2001; Veltro et al., 2006; Morosini et al., 2007; Travi et al., 2010; Zucca et al., 2017; Tarallo et al., 2020*);
- soddisfazione dei pazienti, valutata con un questionario breve auto compilativo messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, risulta positiva in cinque studi

(Veltro et al., 2006; Morosini et al., 2007; Travi et al., 2010; Zucca et al., 2017; Tarallo et al. 2020);

- soddisfazione familiari è risultata positiva nell'unico studio che l'ha presa in considerazione (Tarallo et al., 2020).

Il paziente psichiatrico a causa della sua patologia fa fatica ad ottenere autonomamente coscienza di malattia e ad essere responsabile e “partecipante attivo” della sua condizione di salute. In un SPDC è difficile che venga stimolato ad acquisire consapevolezza e maggior autonomia dei problemi che insorgono prima o durante una crisi. Per tale motivo il lavoro di gruppo sopraccitato, utilizzato come strumento di sensibilizzazione e consapevolizzazione del paziente del proprio stato di salute e dei motivi del ricovero, può essere un “valore aggiunto” al lavoro già svolto all'interno del reparto che può portare a una riduzione delle riammissioni, un cambiamento in senso collaborativo dell'atteggiamento dei pazienti, un miglioramento dell'atmosfera del reparto, una diminuzione di episodi di violenza, una miglior conoscenza dei pazienti da parte degli operatori e un miglioramento generale dei rapporti interpersonali.

Le difficoltà per ottenere una partecipazione attiva e stimolante del singolo utente insorgono quando coesistono, con la malattia psichiatrica, anche limitazioni fisiche o deficit cognitivi che impediscono di seguire attentamente i dialoghi che si creano durante il gruppo.

Essendo un metodo di semplice applicazione, dopo un adeguato corso di formazione, può essere gestito anche dal personale infermieristico. In questo modo l'*equipe* infermieristica, essendo il personale che sta maggiormente a contatto con i degenti nel corso delle 24 ore e con la quale gli utenti instaurano un dialogo meno “strutturato” e formale rispetto a quello che può crearsi in un colloquio col medico o con lo psicologo, può andare a completare il lavoro che attraverso la relazione e il dialogo compiono durante una normale giornata trascorsa in reparto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bazzoni, A., Morosini, P., Polidori, G., Rosicarelli, M. L., & Fowler, D. (2001). The use of group cognitive behaviour therapy in a routine acute inpatient setting. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*.
- 2) Veltro, F., Falloon, I., Vendittelli, N., Oricchio, I., Scinto, A., Gigantesco, A., & Morosini, P.L. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clinic Pract Epidemiol Ment Health*.
- 3) Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., Addona, F., Avino, C., Figliolia, G.L., & Morosini, P.L. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients: a 4-year follow-up study. *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
- 4) Travi, M., Cappuccini, M., Pinzaglia, L., Serafini, U., Cesari, G. (2010). Valutazione nel SPDC di Arezzo di "Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo in SPDC". *Nuova Rassegna di Studi di Psichiatria, rivista on-line*.
- 5) Zucca, C., Ortolani, E., Frattarolo, S., Aiello, T., Travaglini, G., Cro, F., Trisolini, A. (2017). Group-based rehabilitative interventions in the Department of Mental Health of Viterbo, Italy. *Riv Psichiatr*.
- 6) Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., Cappuccini, M., Roncone, R., Simonato, P. (2015). L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. *Milano: Edi. Ermes*.
- 7) Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffio, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M.I., & Nicolò, G. (2020). Cognitive-

- Behavioural group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward. *Riv Psichiatr.*
- 8) Bellini, L., Papini, B., Spera, M., Vergani, V., Mencacci, C.(2021). L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC. *Psichiatria Oggi XXXIV.*

 - 9) Gigantesco, A., Pontarelli, C., Veltro, F., & the CBGI Italian Study Group (2018). Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards. *Riv Psichiatr.*

 - 10) Veltro, F., Chiarullo, R., Leanza, V., Di Padua, P., Oricchio, I., Vendittelli, N., Di Giannantonio, G. (2013). A review of the experience, the effectiveness and the spread of Behavioral-Cognitive Group Intervention in Psychiatric Ward. *Riv Psichiatr.*

 - 11) Veltro, F., Morales-García, A.M., Nicchiniello, I., Oricchio, I., Pica, A., Pontarelli, I., Vendittelli, N. (2016). Interventi psicoeducativi specifici per la promozione e la tutela della salute mentale: l'esperienza e le evidenze del DSM di Campobasso. *Rivista online di psichiatria.*

 - 12) Bernabei, L., Murtinu, C., Delle Chiaie, R. (2013). Interventi di gruppo ad orientamento CC in pazienti psichiatrici ricoverati in fase di scompenso: effetti sull'aggressività e sulla regolazione delle emozioni. *Riv Psichiatr.*

 - 13) Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1998). Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. *Milano, Masson.*

- 14) Falloon, I., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., Economou, M., Grawe, R., Harangozo, J., Mizuno, M., Murakami, M., Hager, B., Held, T., Veltro, F., Gedye, R., and the OTP collaborative group (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiat.*
- 15) Lynch, D., Laws, K.R., McKenna, P.J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med.*
- 16) Page, A.C., Hooke, G.R. (2003). Outcomes for depressed and anxious inpatients discharged before or after group cognitive behavior therapy: a naturalistic comparison. *J Nerv Ment Dis.*
- 17) Rimondini, M. & Del Piccolo, L. (2002). L'approccio centrato sul paziente: dalla medicina generale alla psichiatria. *Dipartimento di Medicina e Sanità di Pubblica, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona.*
- 18) Mantoan C., (2019). Fondamenti di Psicologia Clinica per le lauree triennali e magistrali. *Idelson-Gnocchi; Prima Edizione.*

SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-in-psichiatria.html>

<https://aulascienze.scuola.zanichelli.it/ieri-oggi-scienza/franco-basaglia-e-la-riforma-della-psichiatria/#leggi>

<http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/134/NRSP-Vol.10-15-Interventi->

ALLEGATI

ALLEGATO 1: CODICI DI CLASSIFICAZIONE DELL'ATMOSFERA

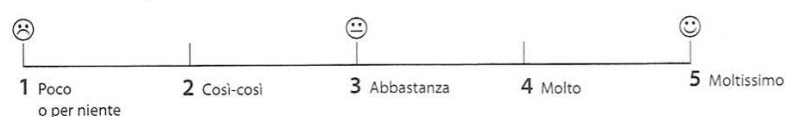
PER I PAZIENTI	PER GLI OPERATORI
<p><i>Comportamenti aggressivi, distruttivi, agitati o bizzarri in modo inquietante</i></p> <p>1. Codice bianco. Atmosfera prevalentemente di buona comunicazione e di alleanza terapeutica. Non vi sono comportamenti agitati e distruttivi, né comportamenti offensivi o aggressivi tra pazienti o tra pazienti e personale. Non vi sono comportamenti tanto bizzarri da preoccupare o inquietare.</p> <p>2. Codice verde. Non come 1, ma atmosfera tranquilla. Non vi sono comportamenti aggressivi, offensivi, distruttivi o agitati. Non vi sono comportamenti così bizzarri da preoccupare o inquietare.</p> <p>3. Codice giallo. Uno o più pazienti hanno comportamenti provocanti, invadenti, bizzarri o agitati, ma non tali</p>	<p><i>Reazioni emotive del personale dovute a qualsiasi causa (ad esempio rapporti con i superiori, con i colleghi della stessa o di altre professionalità, natura e quantità del lavoro con i pazienti o i loro familiari)</i></p> <p>1. Codice bianco. Nel reparto il clima è sereno. Il personale ha la sensazione di riuscire a collaborare bene e a gestire i problemi in atto e quelli che verosimilmente potrebbero presentarsi.</p> <p>2. Codice verde. Momenti di nervosismo, di incertezza e di fretta, ma di breve durata. Comunque il personale in genere non prova emozioni negative di rabbia, paura o frustrazione e non si sente sopraffatto dal lavoro.</p> <p>3. Codice giallo. Alcuni operatori, ma non la maggior parte, sono irritati,</p>

<p>da destare allarme e da richiedere misure particolari.</p> <p>4. Codice arancione. Uno o più pazienti in fase acuta, dato il loro comportamento psicotico e/o agitato e/o aggressivo, richiedono misure particolari, ma non vi è necessità di ricorrere al blocco fisico per somministrare la terapia o alla contenzione. Vi sono reazioni di allarme in alcuni operatori. Non vi sono aggressioni fisiche con lesioni da Pronto Soccorso né importanti distruzioni di oggetti.</p> <p>5. Codice rosso. Uno o più pazienti in fase acuta con comportamenti distruttivi o violenti mettono in allarme la maggioranza degli operatori e/o vi sono aggressioni fisiche con lesioni da pronto soccorso o importanti distruzioni di oggetti. Può esservi la necessità di bloccare il paziente per somministrare la terapia e/o di ricorrere all'uso di contenzioni, e/o si deve richiedere l'aiuto di forze esterne per far fronte alla situazione.</p>	<p>demoralizzati, insicuri o eccessivamente tesi durante il turno.</p> <p>4. Codice arancione. La maggior parte degli operatori è irritata, demoralizzata, insicura, eccessivamente tesa, sopraffatta dal lavoro e/o tentata di lasciare tutto e di andarsene a meno della metà del turno. Ci può essere la presenza di qualche paziente con disturbi fisici (internistici) particolarmente impegnativi da gestire.</p> <p>5. Codice rosso. La maggior parte degli operatori è irritata, demoralizzata, insicura o eccessivamente tesa o sopraffatta dal lavoro ed è tentata di abbandonare ogni sforzo per la maggior parte del turno.</p>
---	---

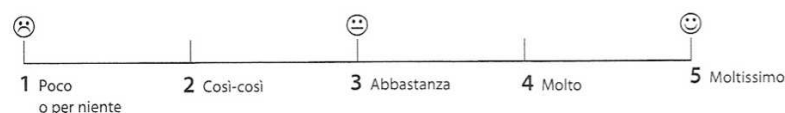
ALLEGATO 2: QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DELLA DEGENZA NEL REPARTO DI PSICHIATRIA DELSERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DI CAMPOBASSO

Gentile Signore ci farebbe piacere ricevere una Sua opinione per quanto riguarda l'accoglienza ricevuta in reparto dall'intero personale (medico e paramedico) per poter meglio valutare il nostro lavoro. La preghiamo di rispondere sinceramente alle seguenti domande, facendo un segno sulle righe nel punto che più corrisponde alla Sua situazione. Le assicuriamo la completa riservatezza delle Sue risposte che non verranno mai comunicate ma solo analizzate statisticamente. La ringraziamo per la Sua collaborazione.

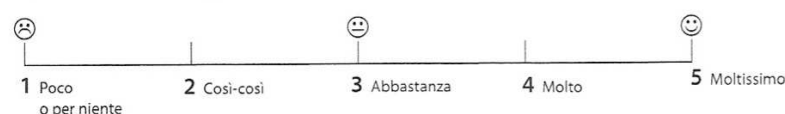
È soddisfatto per l'assistenza ricevuta?



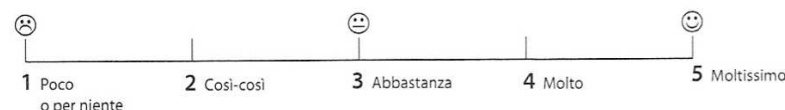
Il personale è stato disponibile quando ha chiesto aiuto?



Il personale è stato gentile e cortese?



Il personale Le ha dato informazioni chiare e precise sul Disturbo?



È rimasto soddisfatto per la partecipazione al Gruppo?



Data Sesso m f Età

ALLEGATO 3: SCALA BPRS

La *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) è una scala di valutazione utilizzabile per la misurazione di sintomi psichiatrici come depressione, ansia, allucinazioni e comportamenti insoliti. È formata da 18 items che misurano i seguenti fattori: ansia, ritiro emotivo, disorganizzazione concettuale, sensi di colpa, tensione, manierismi e atteggiamenti, grandiosità, stati d'animo depressivi, ostilità, sospettosità, comportamento allucinatorio, iperattività motoria, non cooperazione, contenuto di pensiero insolito, affetto smussato, preoccupazione somatica, eccitazione e disorientamento. Utilizza una scala Likert di 7 voci con i seguenti valori: 1= “non presente”, 2= “molto mite”, 3= “lieve”, 4= “moderato”, 5= “moderatamente grave”, 6= “grave”, 7= “estremamente grave”.

NAME: _____ DATE: _____
 PATIENT ID#: _____ MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.	SCORE <input type="text"/>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness").	SCORE <input type="text"/>
2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms.	SCORE <input type="text"/>	11. SUSPICIOUSNESS Brief (delusional or otherwise) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.	SCORE <input type="text"/>
3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interviewer situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.	SCORE <input type="text"/>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people.	SCORE <input type="text"/>
4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.	SCORE <input type="text"/>	13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.	SCORE <input type="text"/>
5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.	SCORE <input type="text"/>	14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.	SCORE <input type="text"/>
6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.	SCORE <input type="text"/>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.	SCORE <input type="text"/>
7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.	SCORE <input type="text"/>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.	SCORE <input type="text"/>
8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.	SCORE <input type="text"/>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.	SCORE <input type="text"/>
9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.	SCORE <input type="text"/>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time.	SCORE <input type="text"/>

