



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica nel SPDC: supportare il
paziente nel comprendere e dare valore
all'esperienza di ricovero**

Relatore:

Prof.ssa Chiara Bertoncetto

Laureanda:

Benedetta Zilio

Matricola:

2012665

ANNO ACCADEMICO 2022/23

*A Giovanni,
grazie per avermi mostrato la via.*

Abstract

Questo progetto di tesi sperimentale ha come obiettivo quello di indagare se la figura professionale del TeRP, inserita nell'equipe del SPDC, possa supportare i pazienti ricoverati nel comprendere lo scopo del ricovero e a dare valore a questa esperienza.

Il progetto di tesi è stato svolto dal 12 giugno 2023 al 4 agosto 2023, proponendo presso il SPDC dell'Ospedale San Bassiano (afferre all'ULSS 7) degli interventi terapeutico-riabilitativi di gruppo *evidence-based*, a stampo cognitivo-comportamentale e psicoeducativo, rivolti a tutti i pazienti ricoverati nel periodo sopra indicato.

Le attività proposte sono state elaborate integrando *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* di Veltro et al con il protocollo dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT). È stata mantenuta la struttura degli incontri del manuale *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* e le tematiche trattate, inserendo però delle attività espressive che includono alcuni strumenti ACT, come ad esempio: l'uso di metafore, l'uso di tecniche di facilitazione visiva, il disegno, la poesia, il brainstorming per fornire ai pazienti più modi, oltre al linguaggio verbale, per raccontare la propria esperienza e per esporre i propri punti di vista ed opinioni. Questo perché, secondo l'approccio ACT, il linguaggio è considerato come "un'attività simbolica, in qualsiasi forma essa si presenti: gesti, immagini, forme, suoni, scritte o altro", pertanto il linguaggio verbale consiste in una sola parte del concetto di linguaggio nell'ACT, e l'uso di questa unica forma limita la possibilità di mentalizzare le proprie esperienze, vissuti e punti di vista, e questo può provocare sofferenza nella persona. Utilizzando invece anche altre "attività simboliche" si offrono ai pazienti più modalità di poter comunicare e mentalizzare le proprie esperienze private, facilitando così il processo terapeutico.

È stata anche consegnata una brochure all'ingresso, contenente la descrizione delle attività presenti quotidianamente in reparto.

Per raccogliere dei dati che indaghino oggettivamente se le attività proposte sono state utili ai pazienti per comprendere lo scopo del ricovero, e valorizzare la loro esperienza, è stato somministrato ai pazienti in dimissione (che hanno partecipato almeno una volta alle attività) un questionario di soddisfazione per la partecipazione alle attività terapeutico-riabilitative proposte. Sono state inoltre valutate la partecipazione dei pazienti agli incontri e il raggiungimento degli obiettivi in base agli incontri condotti,

e sono stati infine osservati alcuni parametri in tutti i pazienti ricoverati nel periodo di indagine. Da questi dati è emerso che il 68% dei pazienti ricoverati in quel periodo ha partecipato agli incontri e compilato il questionario. Grazie al questionario è stato possibile dimostrare che la maggior parte dei pazienti ha ritenuto “molto” soddisfacente ed utile partecipare a questi incontri. Inoltre il 74% dei partecipanti ha raggiunto il 100% degli obiettivi previsti per ciascun tipo di incontro.

Keywords: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ACT, Veltro, L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Tecniche espressive.

Indice

INTRODUZIONE	1
1. LA CRISI E IL RICOVERO NEL SPDC	5
1.1. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	5
1.1.1. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Bassiano...	6
1.1.2. Urgenza, emergenza e crisi.....	10
1.1.3. Il ricovero	12
1.2. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.....	13
1.2.1. Il profilo professionale del TeRP	13
1.2.2. Il ruolo del TeRP nel SPDC	14
2. LE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE NEL SPDC	16
2.1. Tipologie ed efficacia.....	16
2.2. Le attività terapeutico-riabilitative negli SPDC italiani.....	18
2.3. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.....	19
2.3.1. Le basi teoriche.....	19
2.3.2. Gli obiettivi.....	20
2.3.3. Temi, moduli costanti ed opzionali	21
2.3.4. Modalità e stili di conduzione	21
2.3.5. Efficacia.....	23
2.4. ACT: Acceptance and Commitment Therapy.....	24
2.4.1. Basi teoriche ed obiettivi	24
2.4.2. L'esagono dell'inflessibilità psicologica e della flessibilità psicologica..	27
2.4.3. Strumenti e tecniche in ACT	31
2.4.5. L'efficacia dell'ACT, anche per pazienti in un regime di acuzie.....	34
3. MATERIALI E METODI	35
3.1. Il processo di integrazione de L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con l'approccio ACT	35
3.2. L'inserimento degli allegati espressivi mediante le schede tecniche.....	36
3.2.1. Allegato espressivo del modulo costante "Che cos'è accaduto prima del ricovero"	37
3.2.2. Allegato espressivo del modulo costante "Modello Stress-vulnerabilità" 38	
3.2.3. Allegato espressivo del modulo costante "Psicofarmaci"	41
3.2.4. Allegato espressivo del modulo costante "Stigma".....	43
3.2.5. Allegato espressivo per il modulo opzionale "Segni precoci di crisi"	45
3.2.6. Allegato espressivo per il modulo opzionale "Benessere fisico: alimentazione e attività motoria".....	46

3.2.7. Allegato espressivo per il modulo opzionale “Comprendere e gestire le emozioni”	47
3.2.8. Allegato espressivo per il modulo opzionale “Dimissione: obiettivo individuale alla dimissione”	49
3.3. Setting	50
3.4. Valutazione della partecipazione e raggiungimento degli obiettivi per ogni modulo.....	51
3.4.1. Questionario di soddisfazione per gli utenti	52
3.5. La brochure	54
4. ANALISI E RISULTATI DEI DATI RACCOLTI	55
4.1. Analisi delle risposte al questionario	55
4.2. Risultato delle risposte al questionario	58
4.2.1 Risultati delle domande al questionario	58
4.2.2. Correlazione tra le domande.....	61
4.3.1. Analisi della partecipazione	63
4.3.2. Analisi del raggiungimento degli obiettivi	65
4.4. Risultati della partecipazione e del raggiungimento degli obiettivi.....	67
4.4.1. Risultati della partecipazione	68
4.4.2. Risultati degli obiettivi	69
4.5. Osservazione dei parametri	73
5. CONCLUSIONI	75

INTRODUZIONE

Con questo elaborato ho voluto analizzare e comprendere se la figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), inserita nell'equipe del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), potesse avere un ruolo attivo nell'accompagnare e supportare il paziente durante il ricovero, in particolare nel far comprendere e valorizzare questa esperienza, facendo quindi in modo che non venga ritenuta dai pazienti come un'esperienza con soli aspetti negativi. In questo elaborato viene dapprima fornita un'inquadratura teorica e bibliografica a riguardo, sui temi del ricovero (ambiente, modalità, scopi e servizi fruiti all'utente), con attenzione all'equipe e alla figura professionale del TeRP, le attività ed incontri di gruppo che il TeRP può svolgere in reparto, e successivamente viene fornito un loro esempio pratico, accompagnato dalla raccolta ed analisi dei dati.

La prima tematica che verrà affrontata in questo elaborato riguarda l'illustrazione dell'organizzazione e delle attività medico-assistenziali, nonché riabilitative, svolte presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Viene trattato poi il tema del ricovero e dell'acuzie psicopatologica che porta i pazienti ad essere ricoverati presso il SPDC, e come questo momento di malattia possa essere tanto complesso e difficile da affrontare per il paziente, quanto anche un momento di crescita e conoscenza personale. Successivamente, sempre nel primo capitolo, si illustra come la figura professionale del TeRP possa supportare ed affiancare il paziente che si trova in uno stato di acuzie psicopatologica, in particolar modo facendo notare al paziente quali siano state le cause della crisi e di quali possano essere le strategie utili per affrontarla e prevenirla, anche tramite degli incontri di gruppo.

Nel secondo capitolo verrà descritto il ruolo terapeutico delle attività terapeutico-riabilitative, che possono essere svolte in contesti di gruppo presso il SPDC, e l'aspetto terapeutico e di crescita personale che ha lo stare all'interno di un gruppo. Sempre nel secondo capitolo sono state approfondite due diverse tipologie di interventi terapeutico-riabilitativi che possono essere svolti presso il SPDC: gli incontri illustrati nel manuale *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (ICCG) di Veltro et al. e l'approccio dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), entrambi di stampo cognitivo-comportamentale e riguardanti le pratiche di *evidence based medicine*.

Il primo tratta negli incontri alcune tematiche concernenti la crisi che ha condotto il paziente al ricovero, la terapia farmacologica, la sintomatologia presente nei disturbi

psichiatrici, il tema dello stigma, ecc., utilizzando l'approccio psicoeducativo e la tecnica della maieutica. Quest'ultima permette di fare in modo che siano i pazienti stessi a dare delle informazioni, stimolati dalle domande poste dal terapeuta, creando quindi una situazione in cui le informazioni vengono "tirate fuori" dal paziente stesso, grazie al supporto del conduttore.

L'ACT invece è un approccio basato sia sulla terapia cognitivo-comportamentale che sulla *Relational Frame Therapy*, una teoria secondo cui l'essere umano crea delle associazioni logiche bidirezionali tra stimoli verbali e non verbali (come ad esempio: immagini, suoni, odori, figure, ma anche situazioni ed emozioni). Una volta che queste relazioni vengono create, non possono essere eliminate e difficilmente possono essere modificate. Di conseguenza, nell'approccio ACT deriva che il linguaggio umano non può essere inteso come il solo linguaggio verbale, ma che esso concerne tutte le "attività simboliche" umane. In particolare, secondo tale approccio, la psicopatologia si originerebbe dallo scorretto utilizzo del linguaggio. Esso viene spesso usato dall'umano allo stesso modo, sia per risolvere problemi concernenti il mondo esterno, sia per tentare di controllare o evitare le esperienze private interne dolorose. Questo però crea sofferenza, in quanto per l'ACT le esperienze private dolorose fanno parte della natura e della vita umana, ed è il tentativo di controllo ed evitamento, e lo scorretto uso del linguaggio, che porta l'individuo a provare sofferenza. Pertanto l'ACT si occupa di sviluppare i processi di flessibilità psicologica, orientata all'accettare le proprie esperienze, a viverle nel qui-ed-ora ed agendo secondo ciò che per la persona è importante. Per fare ciò si avvale di alcune tecniche tra cui: metafore, esercizi pratici, il paradosso, le tecniche di facilitazione visiva, la *mindfulness*, che abbracciano il concetto di linguaggio inteso come "attività simbolica".

Per questo progetto di tesi ho integrato gli incontri e lo stile di conduzione dell'ICCG di Veltro et al. con le tecniche e strumenti utilizzati nell'ACT, mediante degli allegati espressivi, che sono stati descritti e spiegati con le schede tecniche. Questo aspetto viene trattato nel terzo capitolo di questo elaborato, e si tratta di una realizzazione pratica di quanto è stato spiegato nel primo e secondo capitolo: come il ruolo del TeRP presso il SPDC possa essere declinato anche nella conduzione di attività di gruppo, che mettano al centro i bisogni e vissuti del paziente, dando valore a tali vissuti e supporto ai pazienti, tramite il contesto di gruppo e l'utilizzo di tecniche espressive, che combacino con il concetto di linguaggio dell'ottica ACT. Questi incontri sono stati svolti presso il SPDC dell'Ospedale di Bassano del Grappa (VI), afferente all'ULSS 7, nel periodo di indagine che comprende cinque settimane da metà del mese di giugno

2023 alla prima settimana di agosto 2023.

Nel quarto capitolo si spiega invece come è stata condotta la raccolta e l'analisi dei dati, circa il grado di piacevolezza e di utilità percepiti dai pazienti con la somministrazione di un questionario anonimo, dei dati sulla partecipazione effettiva dei pazienti agli incontri, il raggiungimento degli obiettivi predisposti per i diversi incontri, e l'osservazione di alcuni parametri su tutti i pazienti ricoverati presso il SPDC dell'Ospedale di Bassano del Grappa nel periodo di indagine specificato prima.

Accompano questa spiegazione con un'immagine che riporto qui di seguito. Consiste nella "Vision Board", ovvero una tecnica espressiva ed una mappa visiva, che permette alla persona di esplorare un tema per lei significativo, mediante l'uso del linguaggio delle immagini. Permette di sostenere la focalizzazione e la centratura, ma al contempo attiva il processo creativo, permettendo l'intuizione. Questa *Vision board* rappresenta il tema e gli argomenti che verranno trattati in questo elaborato di tesi, e che ho utilizzato personalmente per avere maggiori spunti e chiarezza per stabilire il tema della tesi e il suo razionale.

Figura 1: Vision Board



Nell'angolo in alto a sinistra, si notano due immagini contrapposte tra di loro: nella prima c'è una giovane donna che si specchia in uno specchio rotto, mentre nell'altra foto c'è una donna che si specchia in uno specchio integro ed apprezza la sua figura. Per me queste immagini simboleggiano i due aspetti contrapposti nel decorso della

crisi: l'iniziale difficoltà e malessere percepito dal paziente durante la crisi, contrapposta alla crescita personale, oltre che maggiore consapevolezza di sé, che avviene con il termine della crisi. Si noti poi sottostante a queste due figure, la presenza di immagini simboliche e non dello staff medico, accompagnato anche dalla parola "insieme". Nel processo di creazione della *Vision Board* per me queste immagini simboleggiavano il ruolo che l'equipe e che in particolare il TeRP ha nel reparto. Mi ha particolarmente colpita la parola "insieme" perché per me simboleggia proprio l'accompagnare, supportare il paziente durante e dopo il ricovero.

Sottostante a queste immagini, si vede la parte dedicata al gruppo, in particolare agli aspetti positivi e terapeutici che esso ha, e talvolta grazie all'unione che si crea nel gruppo si riesce a superare i pregiudizi esterni. Le altre immagini riflettono invece per me i due metodi ed approcci che ho utilizzato nella conduzione degli incontri. Da una parte (angolo in alto a destra) c'è l'utilizzo dell'arte ed espressività che permette di "dare valore" (richiamo all'ACT) all'esperienza, mentre nell'angolo in basso a destra si vede una poesia che per me richiama la maieutica (presente nello stile di conduzione dell'ICCG di Veltro). Infatti il frammento di testo che recita "si smarrisce per noi la distinzione tra provenienza e destinazione" può raffigurare il processo di "tirare fuori" delle informazioni, che in realtà sono già presenti consapevolmente o meno nel bagaglio di informazioni possedute dalla persona, creando quindi un continuum tra le conoscenze precedenti e le conoscenze acquisite.

1. LA CRISI E IL RICOVERO NEL SPDC

1.1. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un servizio che viene erogato all'interno di una struttura ospedaliera (aziende e presidi ospedalieri, policlinici universitari), afferente al Dipartimento di Salute Mentale, il cui scopo è quello di trattare i pazienti adulti che si trovano in un regime clinico di emergenza e/o urgenza psichiatrico, oltre che svolgere consulenze per conto di altri reparti, insiti nel presidio ospedaliero (1).

Il trattamento dei pazienti che presentano un quadro di emergenza e/o urgenza psichiatrico viene effettuato ricoverando i pazienti in reparto, ed assicurando loro un'assistenza medico-infermieristica continuata sulle ventiquattro ore, in tutti i giorni dell'anno. Il trattamento è inoltre personalizzato sulla base della diagnosi e delle necessità del paziente, di modo che sia il più efficace e il meno restrittivo possibile. Inoltre, il paziente viene informato sia dei trattamenti che riceve durante il ricovero, che sulla sua condizione di salute (2).

Secondo il rapporto SDO del 2020, i pazienti ricoverati nei SPDC presentano maggiormente i seguenti quadri psicopatologici, afferenti alla sezione MDC 19: psicosi, disturbi della personalità e del controllo degli impulsi, disturbi organici e ritardo mentale, reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale, nevrosi depressive e non (3).

I pazienti che presentano un quadro di acuzie psicopatologico, vengono ricoverati in SPDC con due possibili regimi di ricovero, distinguibili tra di loro dalla presenza di volontarietà od obbligatorietà del ricovero. Si identifica quindi il Trattamento Sanitario Volontario, quando il paziente consente volontariamente ad essere ricoverato e ricevere l'assistenza necessaria presso il SPDC di competenza territoriale, e il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), secondo cui il paziente viene costretto al ricovero e al ricevere l'assistenza medico-infermieristica necessaria, quando si verificano le modalità indicate dalla normativa di riferimento (art. 34 della L.833/78). Questo tipo di ricovero viene messo in atto quando prevale il dovere di intervenire a beneficio della salute del paziente, sul dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino che è sancito nella Costituzione Italiana. Quindi il TSO si rende necessario quando il paziente presenta un'attuale alterazione psichica, che richiede urgentemente la messa in atto degli interventi terapeutici necessari, e che questi non vengano però accettati dal paziente a causa del quadro di acuzie psichiatrico, nonostante siano stati fatti diversi tentativi di convincimento della persona al ricovero. Infine, è necessario che non vi siano altre condizioni o circostanze che permettano di attuare una diversa

tipologia di misura sanitaria.

Sempre per quanto riguarda l'obbligatorietà al ricovero, è necessario menzionare il ricovero in SPDC in seguito alla segnalazione di ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio), generalmente svolta dal CSM (Centro di Salute Mentale) di competenza territoriale. Anche in questo caso, il paziente non riconosce e non accetta la necessità di interventi sanitari urgenti, in presenza di un quadro psicopatologico grave. Con la richiesta di ASO viene richiesto al paziente di presentarsi presso il CSM di competenza per accertare lo stato di salute, oppure mediante l'invio di una visita medico-infermieristica a casa del paziente. In seguito a quanto rilevato nella visita, si può proporre al paziente un ricovero presso il SPDC, qualora la situazione psicopatologica lo richieda (4).

1.1.1. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Bassiano

Il SPDC dell'Ospedale San Bassiano afferisce all'ULSS 7 e in particolare alla UOC di Psichiatria 1. La struttura è collocata al nono piano del presidio ospedaliero, è un reparto a porte chiuse, strutturato con una forma "a ferro di cavallo". Infatti entrando dall'ingresso principale, a sinistra si possono notare la prima stanza di degenza adibita a Day Hospital, l'area infermieristica e altre tre stanze di degenza, affiancate da un lungo corridoio che termina nel salone in cui i pazienti consumano i pasti, guardano la televisione e dove si svolgono anche le attività di gruppo. A questo salone si ricongiunge dal lato opposto il corridoio che porta all'altro lato del reparto, costituito da cinque stanze di degenza, e che termina con una porta di ingresso secondaria. Quindi la parte destra e sinistra sono congiunte tra loro dal salone, da un corridoio centrale e da un secondo corridoio situato vicino alle porte di entrata, le due parti sono poi divise da due aree non accessibili ai pazienti. La prima area è composta dai bagni in cui i pazienti possono svolgere le docce, che diventa accessibile solo se gli operatori aprono loro le porte, mentre la seconda area è costituita dagli studi medici, del coordinatore infermieristico e dalla cucina.

Queste due aree, assieme all'area infermieristica, vengono rese inaccessibili ai pazienti chiudendo le porte con la chiave passe-partout, posseduta da ciascuno del personale sanitario presente in reparto; pertanto i pazienti possono accedere a queste aree solo quando qualcuno del personale apre loro la porta e sorveglia il paziente mentre si trova in quella stanza. Il motivo dell'inaccessibilità ai pazienti in queste aree è definito dalla presenza di oggetti potenzialmente lesivi. Infatti in questo reparto sono adottate delle misure di sicurezza, volte ad evitare comportamenti sia eterolesivi che autolesivi, che

possono essere messi in atto dai pazienti durante il periodo di acuzie. Oltre al tenere chiuse a chiave le aree non accessibili ai pazienti se non sorvegliati, sono stati tolti dalle stanze di degenza e dagli spazi comuni gli oggetti che possono essere potenzialmente lesivi per i pazienti. Ad esempio, nelle stanze di degenza non sono sempre presenti i raccordi sulla testata del letto ma vengono inseriti solo in caso di necessità, e il sistema di chiamata è a muro.

Inoltre, tutti gli effetti dei pazienti che possono essere pericolosi, non vengono tenuti nella propria stanza, bensì vengono conservati in un apposito armadio dell'infermeria e in altri appositi armadi (sempre chiusi a chiave). Alcuni di questi sono: i cavi per caricare i dispositivi elettronici, gli auricolari, le sigarette (poiché non è presente un'area fumatori in reparto), le cinture, i lacci delle scarpe e dei capi di abbigliamento, le tracolle delle borse e dei borsoni, le boccette di vetro (ad esempio quelle dei profumi), i rasoi e le lamette. Gli oggetti ed effetti personali che possono essere lesivi per il paziente vengono individuati dall'OSS al momento dell'ingresso e durante la consegna di altri oggetti da parte dei visitatori, tramite l'esecuzione dello *spoglio* dei bagagli e borse. Quando il paziente richiede tali effetti personali, questi vengono consegnati dagli infermieri, sia secondo le norme di comportamento del reparto, sia seguendo le indicazioni date dai medici di reparto.

Un altro esempio è presente nella sorveglianza di tutti i pazienti durante i pasti, svolta da infermieri ed OSS, per evitare che possano usare le posate come mezzi per ledere se stessi o gli altri. L'eliminazione degli oggetti che possono essere ritenuti come potenzialmente lesivi per il paziente stesso o per gli altri, permette di prevenire gli atti di violenza etero ed auto diretta. Nel caso in cui ciò dovesse verificarsi, sono presenti determinati moduli, definiti *incident reporting* che devono essere compilati dagli operatori nel momento in cui si verifica un episodio di aggressione etero o auto diretta (5). Nonostante il reparto sia spoglio di oggetti per le motivazioni precedentemente citate, si è cercato comunque di rendere confortevole il reparto, appendendo quadri in cui sono fotografati dei paesaggi, i mandala o altri disegni fatti dai pazienti, cartelloni inerenti alle attività di gruppo, e sono stati attaccati ai muri e sulle porte degli sticker adesivi. Inoltre, nel salone sono presenti comode poltroncine in cui i pazienti possono sedersi sia durante le attività, che nel tempo libero. Sono poi stati messi a disposizione dei pazienti carte da gioco, materiale per scrivere o disegnare, dei libri e il telecomando per poter guardare la televisione posizionata nel soggiorno. Si ricorda inoltre che i

pazienti possono portare con loro ed utilizzare dispositivi elettronici per poter lavorare o per eventuali propri hobbies, oltre che strumenti musicali.

Sempre per quanto riguarda i requisiti strutturali ed organizzativi, questo reparto dispone di 16 posti letto, di cui due adibiti a Day Hospital. I posti letto sono ripartiti nelle nove stanze di degenza, di cui quattro stanze contengono quattro posti letto, una stanza da un posto letto e le restanti contengono due posti letto (una di queste è la stanza adibita a Day Hospital).

È importante ricordare poi che l'utenza che può essere ricoverata in questo reparto, riguarda persone che presentano un quadro di acuzie psichiatrica e psicopatologica in corso, anche se in seguito ad abuso di alcol e sostanze, e per le quali è necessario intervenire con un trattamento clinico-assistenziale urgente. Si specifica inoltre che in questo reparto vengono ricoverate persone con almeno 18 anni di età, salvo alcune specifiche situazioni in cui possono accedere al reparto anche ragazzi con almeno 16 anni di età, per i quali non sia in alcun modo possibile ottenere un ricovero presso la pediatria (6). In questo caso il minore viene appunto ricoverato in psichiatria, ma deve essere garantita l'assistenza continuata da parte di un familiare o caregiver.

Per garantire la corretta gestione dei bisogni clinico assistenziali dei pazienti, nell'equipe multidisciplinare del reparto sono presenti le seguenti figure professionali: medico psichiatra, infermiere, coordinatore infermieristico, operatore socio-sanitario, psicologo, assistente sociale.

Il personale che è presente durante i turni giornalieri è costituito da: tre infermieri, il coordinatore infermieristico, due OSS (uno presente la mattina e uno al pomeriggio), due medici psichiatri, e almeno uno psicologo presente fino alle 17 circa. Nei turni notturni invece sono presenti solamente gli infermieri e il medico di guardia è reperibile su chiamata. Sia gli psicologi che il coordinatore infermieristico sono presenti dal lunedì al venerdì compresi, dalle 8:30 alle ore 17 circa, mentre le figure precedentemente citate sono presenti in tutti i giorni della settimana. L'assistente sociale si reca invece in reparto il lunedì e il giovedì mattina.

La routine quotidiana del reparto è costituita da molteplici attività svolte dalle diverse figure professionali, definite dalla procedura aziendale del Piano attività integrato (7), in cui sono riportate le competenze di OSS e infermieri in ciascuna delle attività descritte. Ad ogni attività corrispondono degli obiettivi.

In quel documento emerge fin da subito la necessità di sorvegliare i pazienti durante tutta la durata del turno, per "garantire un'adeguata vigilanza del paziente". Oltre a

ciò, viene descritta la “giornata tipo” nel SPDC dell’Ospedale di Bassano del Grappa, che è così articolata: alle 7:30 avviene il cambio turno degli infermieri, in cui viene effettuato il relativo passaggio di consegne. Successivamente, vengono preparate le terapie farmacologiche e la colazione, e distribuite in simultanea da infermieri ed OSS rispettivamente. Durante la colazione, tra le ore 8 e le 8:30 vengono rilevati anche i parametri vitali, da parte degli infermieri. Successivamente, è previsto uno rapido scambio di informazioni tra medici psichiatri ed infermieri, circa le necessità clinico-assistenziali dei pazienti, ed eventuali informazioni rilevanti. Nel mentre l’OSS trasporta i campioni ematochimici ottenuti dagli esami svolti in mattinata presso il laboratorio di analisi del presidio ospedaliero. In questo momento inoltre, gli psicologi propongono un’attività grupपालe, chiamata “Le Respirazioni del Buongiorno” in cui si invita i pazienti a svolgere delle respirazioni guidate e alcuni esercizi di risveglio muscolare.

Alle ore 9:30 circa, dopo lo scambio di informazioni tra infermieri e medici, inizia la visita medica, a cui partecipano i due medici psichiatri, il coordinatore infermieristico, l’infermiere di modulo, gli psicologi e l’assistente sociale quando presente. Durante la visita medica, gli infermieri e gli OSS supportano i pazienti (non in visita) nel corretto svolgimento dell’igiene e nel rifacimento dei letti. Al termine della visita medica, viene proposto ai pazienti di partecipare ad un’attività di gruppo, generalmente un modulo tratto dal manuale *L’intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*, nel mentre avviene un briefing più esaustivo tra medici ed infermieri in cui si discute dell’efficacia della terapia farmacologica per il singolo paziente, la necessità di apportarne delle modifiche, gli aspetti psicopatologici o problematiche internistiche che sono emersi in ciascun paziente nei giorni precedenti (emozioni, comportamenti, pensieri, riflessioni, oppure presenza di febbre, lesioni, sospette infezioni, ecc.), oltre che eventuali informazioni riportate dalle figure di riferimento del paziente. Prima del pranzo, l’OSS si occupa di sistemare la biancheria pulita e di prenotare i pasti assieme ai pazienti. Alle ore 11:45 circa viene distribuito il pasto ai pazienti. Durante i pasti è necessaria la sorveglianza dei pazienti da parte dell’OSS e di almeno un infermiere per poter intervenire adeguatamente in possibili episodi di *ab ingestis*, per comprendere se i pazienti si alimentano correttamente ai pasti, oltre che per ritirare le posate. Successivamente i pazienti si coricano per il riposo pomeridiano. Nel mentre, gli infermieri preparano le terapie farmacologiche del pomeriggio e riordinano la documentazione clinica, gli OSS invece si occupano di smaltire i rifiuti e riordinare la sala mensa, e di svolgere il passaggio di consegna prima

del cambio turno con il collega alle ore 13:30.

Gli psicologi infine si occupano di segnare in un apposito modulo la partecipazione o non dei pazienti alle attività (tale azione viene svolta anche nel pomeriggio), e svolgono colloqui individuali o somministrano scale di valutazione ad alcuni pazienti. Alle ore 14 viene somministrata la terapia farmacologica ai pazienti, e li si invita a partecipare alle attività pomeridiane. Al termine delle attività, verso le 16 circa, viene distribuita la merenda ai pazienti e dalle 16:30 alle 17:30 i pazienti possono ricevere le visite di familiari e conoscenti. Dopo le visite seguono un briefing tra medici psichiatri ed infermieri, e alle 18:30 la distribuzione della cena ai pazienti. Alle ore 19:30 si verifica il cambio turno degli infermieri, con il relativo passaggio delle consegne. Alle 22 circa viene somministrata la terapia farmacologica per il riposo notturno, e si invita i pazienti a coricarsi. Durante la notte, gli infermieri sorvegliano i pazienti e si occupano della gestione ed archiviazione dei documenti. Verso le 6:30 del mattino infine, gli infermieri si occupano dello svolgimento dei prelievi ematochimici. Sono presenti poi delle attività che esulano dall'essere svolte in un preciso momento della giornata, come ad esempio: accogliere i nuovi ricoverati, svolgere le dimissioni di altri degenti, accompagnare i pazienti a svolgere consulenze o esami di diagnostica prescritti dal medico, la condivisione di informazioni sul paziente con il relativo caregiver (sempre su approvazione del paziente).

Inoltre, possono essere svolti dei colloqui individuali con l'assistente sociale, nelle situazioni in cui l'ambiente in cui vive il paziente sia sfavorevole alle sue condizioni cliniche e psicopatologiche e alla sua *recovery*. Vengono poi svolte delle consulenze con medici afferenti ad altre UO, in particolare la UO di NPI nel caso di minori ricoverati presso il reparto, con il SerD per i pazienti che presentano una comorbilità con una dipendenza, e con le altre UO di competenza in base alle necessità e bisogni del paziente (8).

1.1.2. Urgenza, emergenza e crisi

Nella prima pagina di questo capitolo sono stati citati i termini di "emergenza" ed "urgenza". Essi sono stati definiti dal Trattato Italiano di Psichiatria nelle seguenti esplicazioni: l'urgenza consiste in una situazione psicopatologica acuta e grave, che richiede un intervento terapeutico tempestivo. Tale richiesta può provenire sia dall'individuo che in quel momento necessita l'intervento, che dal contesto sociale in cui si trova. Il termine emergenza, invece, dà maggiore enfasi al disagio psicosociale che sperimenta la persona, e al suo disequilibrio con l'ambiente circostante.

L'intervento operativo svolto nella situazione di emergenza spesso però coincide con quello messo in atto dai professionisti durante l'urgenza (9).

Si noti come entrambe le situazioni sono originate da una condizione di squilibrio nel paziente: nel caso dell'urgenza, lo squilibrio si manifesta a livello psico-fisico e sintomatologico, mentre nel caso dell'emergenza si verifica uno squilibrio tra l'ambiente interno ed esterno del paziente. La presenza di uno squilibrio può però essere determinata da un episodio di crisi.

Il concetto di "crisi" viene affrontato da Gerard Caplan, secondo cui la crisi si verifica quando un individuo si trova di fronte ad un ostacolo, come ad esempio degli eventi stressanti, che gli impediscono di raggiungere i propri obiettivi. Il processo di crisi che attraversa il paziente può essere suddiviso in quattro fasi:

- Nella prima fase l'individuo sperimenta un aumento della tensione emotiva, causata dall'evento stressante, e mette in atto dei tentativi di problem solving.
- Nella seconda fase, l'individuo non riesce ad individuare in se stesso le risorse e strategie necessarie per fronteggiare l'evento stressante, causando un ulteriore aumento della tensione emotiva.
- Segue una fase caratterizzata da una depressione acuta, o da ulteriori tentativi di fronteggiamento dell'evento stressante.
- Infine, in base allo stile prevalente della terza fase, la persona può sperimentare un collasso emotivo, oppure può mettere in atto dei comportamenti maladattivi (10).

Si può quindi ritrovare il quadro di emergenza ed urgenza, descritto precedentemente, nello squilibrio sperimentato dalla persona tra le sue capacità di far fronte agli eventi stressanti e gli eventi stressanti stessi, che impediscono il raggiungimento del proprio obiettivo, e nel verificarsi di un eventuale collasso emotivo.

Rosen inoltre definisce quattro tipologie di crisi: le fasi evolutive, crisi situazionali, crisi post-traumatiche e crisi derivate da un disturbo psichiatrico grave.

In quest'ultimo caso, Rosen afferma che una riacutizzazione della sintomatologia psichiatrica può essere causata da un crisi (crisi derivata da un disturbo mentale grave) o causare essa stessa una crisi situazionale (9).

Quindi, il ricovero presso il SPDC avverrebbe quando il paziente non riesce più a gestire una situazione che gli sta causando stress, e di conseguenza si determina una crisi, causata o determinante di una riacutizzazione del disturbo mentale grave.

Nonostante il quadro di malessere acuto sperimentato dal paziente, Caplan ed altri autori come Erik ed Erikson, affermano che la crisi è “un momento di sviluppo e di crescita” per il paziente (10).

1.1.3. Il ricovero

Durante il percorso di ricovero si assiste ad un passaggio dallo stato di acuzie psicopatologica del paziente, fino ad arrivare ad un quadro clinico prevalentemente stabile. Questo percorso non è sempre lineare, infatti è largamente riconosciuto che l’esperienza del ricovero possa essere un’esperienza che provoca ansia e stress (11). Molto spesso i pazienti attraversano dei momenti di difficoltà emotiva e psicologica, di sconforto e rabbia, spesso legato al doversi adeguare ai ritmi routinari presenti in reparto, alla diminuzione della propria privacy e alla separazione dal nucleo familiare (12). Il ricovero in un reparto psichiatrico può essere inoltre vissuto dalla persona come una punizione, che può provocare rabbia per l’ingiustizia percepita o senso di colpa per ciò che è stato fatto (13).

Questi momenti sono però intervallati anche da momenti di convivialità con gli altri degenti e da momenti di calma, e nonostante la difficoltà legata al regime di ricovero, si ricorda che la crisi può essere anche un momento di crescita personale per il paziente. Il ricovero quindi rappresenta un momento importante nella vita di una persona, poiché evidenzia la necessità di rendere il paziente consapevole di una determinata situazione, che è sfavorevole alla sua qualità di vita, e di intervenire per migliorarla.

Durante i giorni di degenza (12,8 giorni in media per ogni paziente, secondo l’Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale SISIM, datato 2021) (14), i pazienti vengono inseriti nella routine del reparto, che comprende come già descritto in precedenza: assistenza medico-sanitaria (individuazione di una terapia farmacologica adeguata al profilo clinico del singolo paziente, svolgimento di esami medici ed ematochimici, esame obiettivo, supporto nella gestione dell’igiene del paziente, oltre che eventuali consulenze internistiche e non), colloqui individuali per il pazienti con le varie figure professionali presenti nell’equipe del reparto come psichiatra, psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica e/o educatore professionale. Tali colloqui permettono di dedicare uno spazio personale al paziente per spiegare e raccontare i propri vissuti, bisogni e necessità al professionista di competenza. Altro aspetto presente nella routine del SPDC, che verrà approfondito nel secondo capitolo, consiste nella partecipazione dei pazienti ad attività terapeutico-

riabilitative.

Inoltre il SPDC favorisce la presa in carico del paziente nei servizi territoriali. Infatti, il PANSM raccomanda la presa in carico del paziente con una malattia mentale grave¹ presso il servizio territoriale di competenza, garantendo supporto durante tutto il percorso del paziente, quindi anche durante gli interventi ospedalieri e di gestione dell'urgenza/emergenza, realizzando poi una continuità terapeutica tra il reparto ospedaliero e gli interventi territoriali, residenziali e semiresidenziali (16).

Questo viene declinato in varie modalità all'interno del SPDC, ad esempio: ad ogni paziente dimesso viene prenotata una visita di controllo post-ricovero presso il Centro di Salute Mentale con il medico psichiatra di competenza territoriale, stabilendo un eventuale inizio della presa in carico territoriale; nel caso invece di pazienti per i quali è stato progettato un ingresso in una struttura residenziale, viene svolto un colloquio conoscitivo con alcuni operatori della struttura durante la degenza del paziente in SPDC; nel caso poi di pazienti con doppia diagnosi o di pazienti afferenti al servizio di NPI, vengono organizzate già in SPDC delle consulenze specifiche (ogni due giorni lavorativi, secondo le procedure aziendali), garantendo la continuità delle visite poi nei servizi territoriali.

La presenza di tutte queste attività routinarie all'interno dell'SPDC è un ulteriore indice della presenza di forti bisogni e necessità dei pazienti ricoverati. Per rispondere a tali bisogni è necessaria la presenza di un'equipe multiprofessionale all'interno del SPDC, in particolare nell'allegato A del Dgr. n.1616 del 17 giugno 2008 è reso esplicito quali siano le figure professionali necessarie.

Esse sono: medici psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari, psicoterapeuti e assistenti sociali, tali da avere un rapporto operatore/utente almeno pari a 1.6/1 (17).

1.2. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

1.2.1. Il profilo professionale del TeRP

La figura professionale del Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica nasce nell'anno 2001, in sostituzione alla figura professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, tramite il D.M. 29 marzo 2001, n.182.

Tale decreto stabilisce nel comma 1, dell'art. 2 che: “il tecnico della riabilitazione

¹ Si specifica che per malattia mentale grave (severe mental illness) si intende la presenza di una malattia mentale che limita o interferisce con lo svolgimento di una o più attività della vita quotidiana (15), e quindi con almeno un'area del funzionamento quotidiano.

psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica". Nel secondo comma, viene definito che il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica collabora con l'equipe per individuare la disabilità, i bisogni, le potenzialità e risorse del contesto familiare ed ambientale del paziente. Collabora nell'elaborazione e valutazione di esito di un "programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento", con i rispettivi obiettivi terapeutici e che intervengano nella cura di sé, nelle relazioni interpersonali, nel lavoro. Collabora anche con la famiglia e il contesto in cui vive il paziente, per poterlo reinserire. Inoltre il Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica attua prevenzione primaria con l'obiettivo di al fine di "promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate".

Nel terzo comma viene specificato che il TeRP può sia erogare formazione per il personale sanitario, che partecipare ad eventi formativi per aggiornare il proprio profilo professionale.

Infine nel quarto comma viene definito che il TeRP può svolgere la propria professione: in strutture e servizi sanitari pubblici o privati, in regime di dipendenza o libero professionale (18).

1.2.2. Il ruolo del TeRP nel SPDC

Nonostante la figura professionale del TeRP non sia inserita nel documento precedentemente citato che specifica quali siano le figure professionali che devono essere presenti nell'equipe del SPDC, si specifica che il TeRP viene generalmente assunto nei servizi territoriali delle varie ULSS per poi svolgere alcune ore settimanali presso il SPDC di competenza dell'ULSS. La presenza del TeRP sia nei servizi territoriali che nel reparto ospedaliero, permette di garantire la presa in carico e il processo di *recovery* del paziente in tutte le fasi di trattamento, e di integrare i processi di lavoro dei vari servizi, come raccomandato dal PANSM (16). Tale necessità emerge anche in un articolo scritto da Paola Carozza e pubblicato su Quotidiano Sanità in cui si legge: "si tratta di superare il modello organizzativo a "silos", dove i diversi servizi lavorano in modo parallelo o sequenziale, ma sostanzialmente separato e senza interconnettersi, per transitare la modello di rete o *user-centered*, dove il cittadino riceve una risposta coerente e omogenea in qualunque nodo dell'organizzazione si

imbatta” (19).

Si ricordi inoltre che i pazienti presentano determinati bisogni e necessità, a cui è necessario rispondere mediante le competenze di diverse figure professionali, anche durante il ricovero. Il TeRP in questo contesto è una figura professionale che può intervenire su molti bisogni del paziente, a partire dal far comprendere al paziente come la crisi che l’ha condotto al ricovero possa essere un’occasione di crescita e di miglior conoscenza personale, al creare un percorso riabilitativo incentrato sul processo di *recovery*. La necessità di intervenire su questi bisogni del paziente è emersa negli ultimi anni, si riportano di seguito due esempi: Alessandra Cavicchio, docente afferente al Dipartimento di Scienze della Salute, ha rilevato la necessità di erogare degli interventi riabilitativi precoci anche in SPDC (20). Tale necessità emerge anche da un report svolto dalla “Commission on Acute Adult Psychiatric Care” in cui viene detto che i pazienti in regime di acuzie ricoverati in strutture sanitarie del Regno Unito, desidererebbero poter accedere a diverse tipologie di trattamento, incluso il trattamento psicologico. Emerge anche la necessità di proporre più interventi a stampo bio-psico-sociale che siano focalizzate sul processo di *recovery* del paziente (21). Il TeRP possiede una formazione professionale che è competente anche in questi nuclei appena descritti (provvedere ai bisogni complessi dell’utente e integrazione del trattamento con i servizi territoriali), declinando l’intervento riabilitativo in diverse modalità. Il TeRP può proporre attività gruppali terapeutico-riabilitative, orientate alla *recovery* del paziente, e partecipare come co-conduttore ad altre attività terapeutico-riabilitative proposte da altre figure professionali (nel prossimo capitolo verrà approfondita la tematica delle attività terapeutico-riabilitative che possono essere condotte dal TeRP in un contesto di SPDC). Inoltre può svolgere dei colloqui individuali con i pazienti, focalizzati sul comprendere quali siano gli ambiti di vita maggiormente deficitari nel paziente ma anche le risorse presenti, ed orientati ad individuare dei possibili obiettivi alla dimissione. Infine, può somministrare e/o compilare delle scale di valutazione del funzionamento e neuropsicologiche di competenza (ad esempio le scale VADO (22), HoNOS, WHODAS (23), GAF (24) che misurano il funzionamento, oppure le scale neuropsicologiche FAB (25), SCIP (26) e MMSE (27)).

Oltre a questi momenti maggiormente strutturati nella routine del TeRP in reparto, è importante ricordare che il TeRP possiede un ruolo importante anche nel tempo non strutturato che trascorre con i pazienti. Si intendono quindi lo stare con i pazienti quando sono riuniti in gruppo negli spazi comuni, nel prendere con loro ad esempio

un caffè ove possibile, avere una conversazione colloquiale con il paziente. Questi momenti sono infatti importanti sia per ottenere maggiori informazioni sulla vita quotidiana del paziente, sui suoi punti di vista, ma anche per rafforzare la relazione terapeutica. Quest'ultima risulta essere rilevante sia nella percezione soggettiva che il paziente ha della propria esperienza di ricovero (28), sia è correlabile all'aumento dell'insight del paziente verso il proprio disturbo e alla sua autogestione, i quali sono ritenuti fattori predittivi di una migliore compliance al trattamento (29).

2. LE ATTIVITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVE NEL SPDC

2.1. Tipologie ed efficacia

Generalmente negli SPDC viene proposto ai pazienti ricoverati di partecipare alle attività di gruppo svolte in reparto durante la giornata.

Le attività svolte in un setting di gruppo possono essere organizzate secondo diverse modalità, si distinguono ad esempio: la presenza di gruppi aperti (i pazienti possono aggiungersi al gruppo quando lo desiderano, non c'è l'obbligo di seguirlo fin dall'inizio) oppure chiuso (i pazienti sono gli stessi dall'inizio alla fine delle sedute di gruppo), può essere manualizzato o non, strutturato (presenta dei temi ed una struttura ben precisi) o non strutturato, può essere rivolto a pazienti che presentano un disturbo o sintomatologia ben precisa, oppure essere transdiagnostico.

La partecipazione alle attività di gruppo ha in generale molteplici risultati benefici, tra cui si ricorda il miglioramento delle abilità di *social cognition* del paziente, necessarie per mantenere l'aderenza al trattamento anche dopo la dimissione e il proseguo delle cure nei servizi territoriali (30) (permettendo di conseguenza la continuità della presa in carico, come richiesto dal PANSM (16)). Inoltre le tematiche spesso trattate durante le attività di gruppo sono fondamentali per permettere la *recovery* del paziente, il miglioramento della sua qualità di vita e di quella dei familiari. Lo stesso stare in gruppo poi, può avere un effetto terapeutico nel paziente.

Questo perché essendo il gruppo formato da identità diverse, le persone hanno la possibilità di apprendere nuove informazioni su loro stessi, sugli altri, sull'ambiente che li circonda, permettendo anche di accedere alle loro modalità adattive ed immaginare a ciò che vogliono e desiderano nel loro futuro. Certamente il gruppo da un parte limita la libertà individuale, però stimola il confronto, la collaborazione, e riduce la solitudine (31). Va ricordato inoltre che lo stare in gruppo attiva alcune delle life skills, come la risoluzione dei problemi, le capacità relazionali, l'empatia, la comunicazione efficace (32). Non solo, la partecipazione dei pazienti alle attività-

terapeutico riabilitative durante la degenza presso il SPDC permette agli operatori di avere una migliore gestione del clima emotivo del reparto.

Tutti questi esiti non possono però essere raggiunti applicando ad esempio la sola terapia farmacologica, che solamente riduce la sintomatologia (33).

Nella mia esperienza di tirocinio presso il SPDC dell'Ospedale San Bassiano ho partecipato a delle attività di gruppo di diversa natura, che elencherò di seguito. Ho partecipato al gruppo di risveglio muscolare e di respirazione consapevole che veniva proposto al mattino dalle psicologhe, al gruppo di parola che veniva condotto da uno psicoterapeuta il lunedì e venerdì pomeriggio, ho partecipato poi ad alcuni gruppi a stampo maggiormente cognitivo-comportamentale (ad esempio sull'ABC cognitivo-comportamentale) condotti dalle psicologhe presenti in reparto, e ho condotto i moduli costanti ed alcuni opzionali presenti nel manuale *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* di Veltro et al. (34). Tutte queste attività di gruppo hanno come caratteristiche comuni quelle di essere aperte e transdiagnostiche, permettendo quindi a tutti i pazienti ricoverati di poter partecipare, a prescindere anche dalla loro sintomatologia e/o diagnosi (35). Si noti però che alcune attività di gruppo sono strutturate, come ad esempio il gruppo sulle respirazioni consapevoli e risveglio muscolare, e l'attività di gruppo basata sui moduli costanti del modello Veltro è anche manualizzata oltre che strutturata. Il gruppo di parola invece ha un impianto aperto e non strutturato e manualizzato, dato che sono i pazienti stessi a decidere la tematica di cui parlare durante il gruppo. Menziono però che in alcune occasioni è stato proposto ai pazienti di ritrovarsi in gruppo per svolgere delle attività di gruppo che non avevano uno stampo psicoterapico o psicoeducativo, come ad esempio fare una partite a carte, fare alcuni giochi da tavolo, risolvere assieme un cruciverba o di colorare dei mandala, di disegnare. Nonostante queste attività non avessero appunto uno stampo psicoterapico o psicoeducativo, i pazienti spesso partecipavano molto volentieri, perché in determinati casi anche il solo stare in gruppo e fare un'attività piacevole poteva essere d'aiuto ai pazienti, rispetto allo rimanere in stanza, e in alcuni casi come mi è stato riferito da alcuni pazienti, lo stare in gruppo permetteva loro di non "annoarsi" o "fare dei brutti pensieri". Permetteva inoltre di creare un'atmosfera piacevole, che rendeva anche poi più semplice la gestione dei pazienti e del clima del reparto, e inoltre rinforzava la relazione terapeutica.

A tal proposito, riporto una parte del libro *Terapia cognitiva orientata al recovery per gravi condizioni di salute mentale* (36) in cui si legge: "Un nuovo operatore arriva in un reparto di degenza e osserva la scena: mentre pochi individui selezionati sono

inseriti in un'attività terapeutiche di gruppo, più della metà dei pazienti rimane nel reparto. Molti sono nelle loro stanze. Altri dormono su sedie di plastica dura, lungo il perimetro della sala adibita soggiorno [...]. Presto, qualcosa cambia. Un operatore invita una persona a giocare a carte. Mentre giocano a Ramino, la persona inizia a canticchiare una canzone famosa degli anni '60. L'operatore la riconosce e comincia a cantare, mettendo la canzone sul tablet della struttura. Sentendo la musica, altre due persone si avvicinano al tavolo. Viene chiesto loro che musica gli piace. Subito dopo tutti e quattro cantano insieme un pezzo hip-hop degli anni '90. [...]. Vi è un netto contrasto rispetto al clima assonnato del reparto osservato all'inizio.”

2.2. Le attività terapeutico-riabilitative negli SPDC italiani

Nello scenario degli SPDC italiani, il primo SPDC che ha promosso lo svolgimento di attività terapeutico-riabilitative di gruppo, si specifica con un approccio cognitivo-comportamentale, è stato il SPDC dell'Ospedale San Filippo Neri, nel 1997, soprattutto grazie agli psicologi Alessandro Bazzoni e Maria Laura Rosicarelli.

Si focalizzarono principalmente su tematiche riguardanti il ricovero stesso, come il motivo del ricovero, e l'evitare un ricovero successivo. Tale intervento venne svolto inizialmente in un setting di gruppo chiuso, ma in un secondo momento si passò ad un gruppo aperto, facilitando l'ingresso di ogni nuovo paziente nel gruppo.

Dopo aver applicato la terapia cognitivo comportamentale per un anno, nell'SPDC dell'Ospedale San Filippo Neri si verificarono una diminuzione di TSO e riammissioni, di episodi di violenza fisica, e diminuirono drasticamente le contenzioni fisiche e gli allontanamenti dal reparto non autorizzati. Inoltre, la maggior parte dei pazienti ha dato dei feedback positivi a questo intervento di gruppo: molti l'hanno ritenuto un intervento utile, ed altri hanno chiesto di poter continuare a partecipare anche dopo la dimissione (37).

Questo progetto poi è stato ripreso dal SPDC dell'Ospedale “Cardarelli” di Campobasso, e da questa collaborazione è stato redatto un manuale apposito per poter proporre ai pazienti ricoverati un intervento riabilitativo gruppale, a stampo cognitivo-comportamentale. Tale manuale prende il nome di *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*.

2.3. L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

2.3.1. Le basi teoriche

L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (34) è un intervento terapeutico-riabilitativo a stampo cognitivo-comportamentale e psicoeducativo, che viene svolto in un setting di gruppo.

Infatti le sue basi teoriche sono determinate dalla fusione del trattamento cognitivo-comportamentale delle psicosi descritto da Fowler e l'intervento psicoeducativo integrato di Falloon, adattati per essere proposti in un contesto grupppale.

L'approccio cognitivo-comportamentale si presenta come approccio che integra alcuni aspetti della terapia comportamentale e della terapia cognitiva. La terapia cognitivo-comportamentale per le psicosi di Fowler, in particolare, si focalizza sulla ristrutturazione cognitiva delle distorsioni di pensiero maggiormente presenti nelle persone affette da psicosi, e sull'errata interpretazione della realtà a loro circostante. Tratta anche le abilità di coping e le social skills che potrebbero essere maggiormente utili alla riabilitazione e recovery di questi pazienti.

L'intervento psicoeducativo integrato di Falloon è invece focalizzato sul fornire sia al paziente, che ai suoi familiari delle informazioni riguardanti il disturbo del paziente. In particolare, fornisce informazioni sulla diagnosi, la modalità e scopo del trattamento farmacologico, le modalità di comunicazione e gestione dello stress che possono essere maggiormente efficaci nella relazione tra i familiari e il paziente e sulla gestione della crisi. L'intervento psicoeducativo integrato di Falloon è stato sviluppato a partire dagli anni '80, inizialmente per pazienti affetti da un disturbo dello spettro psicotico, per poi essere esteso ai disturbi dell'umore, disturbo d'ansia ed ossessivo compulsivo, disturbi dell'alimentazione e per l'abuso di alcol e sostanze. La sua validità è stata approvata grazie a molti studi (38).

Gli approcci di Fowler e Falloon sono inoltre basati sul modello vulnerabilità-stress. Questo modello è esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali. Infatti la presenza di stress (causato sia da situazioni quotidiane che improvvise) modifica alcune vie metaboliche, facilitando il manifestarsi di un episodio di malattia. È stato visto però che alcune persone poste di fronte alla stessa fonte di stress, reagivano ad essa in modo diverso. Cruciale è quindi il ruolo di fattori biogenetici e psicologici nella risposta di un individuo ad un fattore di stress. Nel caso di persone affette da malattia mentale, la risposta allo stress si manifesta anche con l'insorgenza di disturbi dell'umore, della

percezione o del comportamento, oltre che sintomi percepiti a livello somatico (39). Questo porta all'elaborazione del modello stress-vulnerabilità, secondo cui ogni persona ha una propria soglia di vulnerabilità allo stress. Quando un individuo presenta un'alta vulnerabilità allo stress, le sue abilità e modalità di far fronte allo stress sono poco efficaci, creando una condizione di squilibrio psicobiologico che porta alla crisi. Di conseguenza, più la vulnerabilità è bassa, più il soggetto riuscirà a far fronte agli eventi stressanti, senza creare o creando uno scarso squilibrio psicologico. Secondo questo modello le abilità che permettono di far fronte agli eventi stressanti sono definite come abilità di coping. Se implementate (ad esempio: mediante gli interventi psicosociali e tramite l'assunzione della terapia farmacologica), si può verificare un innalzamento della soglia di vulnerabilità allo stress, e delle risorse che l'individuo ha per poter far fronte agli eventi stressanti.

2.3.2. Gli obiettivi

L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (ICCG) (34) è stato sviluppato per poter raggiungere tre categorie di obiettivi di trattamento: obiettivo generale, specifici per il servizio e specifici per i pazienti. Sono di seguito elencati:

- Obiettivo generale: “ottenere la partecipazione attiva e informata del paziente alle cure”.
- Obiettivi specifici per il servizio: riguardano il fornire un modello cognitivo-comportamentale che possa essere svolto in un intervento di gruppo, aumentare la gratificazione, motivazione e impegno dei professionisti che lavorano negli SPDC e ridurre il burn-out, facilitare la rilevazione dello stato mentale del paziente mediante l'osservazione del loro comportamento e di quanto viene detto durante gli incontri, infine promuovere la collaborazione dei professionisti nella gestione delle patologie.
- Obiettivi specifici per i pazienti: aiutare il paziente a vedere il ricovero come un momento di riflessione, e non come un'esperienza traumatica e inutile, fornire informazioni più specifiche sulla malattia e “normalizzare” la loro esperienza, aiutarli a dare una spiegazione della natura dei disturbi, mediante il supporto del modello stress-vulnerabilità, riducendo così i sensi di colpa e vergogna che possono provare in certi casi i pazienti, ridurre l'isolamento, aumentare la compliance alla terapia farmacologica, migliorare il senso di autoefficacia e di conseguenza l'autostima dei pazienti.

2.3.3. Temi, moduli costanti ed opzionali

L'ICCG propone tematiche correlate al motivo della crisi che ha condotto il paziente al ricovero, il ruolo centrale dello stress nella crisi, l'individuare i segni precoci di crisi e gli interventi che sono fondamentali nella riduzione dello stress.

Prevede che ogni giorno, dal lunedì al venerdì, venga svolto un incontro con tutti i pazienti che desiderano partecipare, indipendentemente dalla diagnosi o dal motivo del ricovero. In particolare, il manuale presenta una suddivisione dei temi trattati in moduli costanti ed opzionali. I moduli costanti trattano le tematiche che possono essere considerate maggiormente utili per i pazienti, e che per questo motivo vengono ripetuti ogni settimana. I moduli costanti sono quattro: "Cosa è accaduto prima del ricovero?" "Modello stress-vulnerabilità", "Psicofarmaci" e "Stigma".

Vanno svolti nell'ordine appena riportato, uno al giorno (a parte il modulo degli psicofarmaci che potrebbe richiedere circa due incontri). Trattando queste specifiche tematiche, i pazienti potranno acquisire delle informazioni che permetteranno loro di:

- Comprendere che la crisi che li ha portati al ricovero è frutto di una loro particolare vulnerabilità allo stress.
- Individuare i fattori psicosociali che creano in loro stress.
- Definire una o più strategie di coping.
- Comprendere l'importanza di individuare i segni precoci di crisi.

I moduli opzionali sono quelli che vengono svolti sulla base dei problemi presentati dalla maggior parte dei pazienti ricoverati in quel momento. I titoli dei moduli opzionali presenti sono: "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".

2.3.4. Modalità e stili di conduzione

Questo intervento (34) viene condotto da due operatori del reparto, uno con il ruolo di conduttore e l'altro di co-conduttore. Il conduttore è colui che "conduce" il gruppo, mentre il co-conduttore ha il ruolo di collaboratore, si occupa principalmente di schematizzare i punti salienti alla lavagna a fogli mobili (usata in ogni incontro) e di intervenire in caso di difficoltà.

Sia il conduttore che il co-conduttore dovrebbero usare delle specifiche tecniche di

conduzione ed atteggiamenti, descritti nel manuale. La tecnica di conduzione principale è l'uso di un approccio maieutico, che consiste nello spingere i pazienti stessi a dare informazioni circa un determinato argomento (che riguarda in generale le patologie psichiatriche, le crisi, la gestione dello stress e delle crisi, gli psicofarmaci, ecc.). Bisogna quindi spingere i pazienti ad attingere al loro bagaglio nozionistico sulla patologia o sulle strategie usate, al fine di condividere nel gruppo informazioni e strategie utili a tutti i partecipanti. Questo viene fatto soprattutto ponendo loro delle domande mirate, e stimolando poi una conversazione tra i pazienti, di modo che i vari punti di vista ed esperienze possano essere integrati o sovrapposti tra di loro. Oppure, quando un paziente è in difficoltà o non ha compreso un argomento, sono i partecipanti stessi a correggere ed aiutare l'altro paziente. Il conduttore quindi deve solo integrare quanto detto da tutti i pazienti, o correggere in minima parte. In quest'ottica il paziente viene quindi visto come il vero esperto della malattia. Inoltre, se nel gruppo è presente un paziente "esperto" (perché ha già partecipato a quell'incontro, oppure perché è il paziente che è ricoverato da più giorni) è raccomandabile chiedere a lui la spiegazione di un determinato argomento, soprattutto quando gli altri pazienti non sanno come rispondere.

Questo permette di normalizzare sia i sintomi, che le esperienze ed i vissuti dei pazienti, oltre che il ricovero stesso. Di conseguenza, si possono ridurre il senso di colpa e di vergogna, oltre che il senso di incomprensione spesso provato dai pazienti per il ricovero e per la malattia mentale.

Durante lo svolgimento dell'incontro è importante che sia il conduttore che il co-conduttore utilizzino delle modalità di comunicazione adeguate, come ad esempio l'ascolto attivo, l'essere assertivi, esprimere degli apprezzamenti o dei complimenti per quanto è emerso durante l'incontro, dando anche dei feedback positivi e dei rinforzi verbali. In particolare, il dare un rinforzo o un feedback positivo permette di aumentare l'empowerment, autoefficacia, autostima e motivazione dei pazienti.

Un'altra tecnica consiste nello spiegare il nesso presente tra i pensieri e le emozioni negative che vengono generate da un certo contesto, spesso sconosciuto dai pazienti. Questo permette di dare uno strumento in più ai pazienti per comprendere quali situazioni, emozioni e pensieri sono alla base del loro malessere.

Anche il *modelling* e il *role-playing* sono utili durante lo svolgimento degli incontri. Queste tecniche consistono nello spiegare ai pazienti come mettere in pratica un'azione o un'abilità, al fine di rendere noto come vada svolta (*modelling*).

Successivamente può essere chiesto ai pazienti di “recitarla”, in modo da provare a mettere in pratica quell’abilità (*role-playing*). Non bisogna ricrearla in modo perfetto o mettendo in atto un comportamento perfetto, basta che sia accettabile. Inoltre, è preferibile che sia uno dei pazienti a svolgerla, non il professionista. Infine, può essere utile spiegare ed utilizzare le sei fasi del processo di problem solving.

2.3.5. Efficacia

L’intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (34) è stato applicato in molti SPDC italiani negli ultimi dieci anni, tra cui: gli SPDC di Arezzo, Trento, Parma, Termoli, Saronno, Milano, Lodi, Ostia, Nocera Inferiore, Modena delle Università de L’Aquila, Foggia, Bari, Torino, Verona, Ferrara, nel Policlinico “Umberto I” di Roma, e in molti di questi ne è stata valutata l’efficacia, analizzando: parametri clinici, consapevolezza sul disturbo, abilità di riconoscimento delle emozioni, di comunicazione e di problem solving, presenza di comportamenti disturbanti, agitati, aggressivi, comportamenti tanto bizzarri da preoccupare o inquietare, maggiore aderenza alla terapia farmacologica, ricorso alla contenzione, riammissioni volontarie e TSO, atmosfera di reparto, soddisfazione degli utenti. In particolare, nelle seguenti tabelle è evidenziato come applicando tale intervento, si sia registrata una diminuzione delle riammissioni in regime di ricovero volontario e di TSO (Tabella 1), e l’aumento della soddisfazione dei pazienti riguardo al ricovero, registrata nel giorno della dimissione (Tabella 2) (40).

Tabella 1: Numero di ammissioni, riammissioni, ammissioni e riammissioni in TSO durante il baseline e il periodo di follow-up, nello studio condotto da Veltro et al. (40).

Anni di riferimento	Ammissioni	Riammissioni n (%)	Ammissioni in TSO	Riammissioni in TSO
a-0 (anno 2001)	150	58 (39%)	16	10
a-1 (anno 2002)	171	46 (27%)	18	3
a-2 (anno 2003)	181	43 (24%)	14	2
a-3 (anno 2004)	129	31 (24%)	8	2
a-4 (anno 2005)	102	25 (24%)	10	0
χ^2 (df)		11,8 (4)	16,5 (4)	
p =		0,02		0,02

Tabella 2: Soddisfazione dei pazienti il giorno della dimissione, relativo allo studio condotto da Veltro et al. (40).

Tab. III. Soddisfazione dei pazienti il giorno della dimissione. Codifica da 1 (poco o per niente) a 5 (moltissimo o sempre). <i>Patient satisfaction at discharge (range from 1 (low or not at all) to 5 (very much or always)).</i>						
Item	"a-0"	"a-1"	"a-2"	"a-3"	"a-4"	p <
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	(Anova)
Assistenza ricevuta	4,3 (0,7)	4,4 (0,8)	4,6 (0,8)	4,5 (0,6)	4,4 (0,8)	F = 5,7 (df = 4)*
Disponibilità dei professionisti quando richiesta dal paziente	4,3 (0,8)	4,5 (0,6)	4,7 (0,5)	4,6 (0,5)	4,5 (0,7)	F = 7,2 (df = 4)*
Aiuto ricevuto dai professionisti	4,3 (0,8)	4,4 (0,8)	4,7 (0,5)	4,5 (0,6)	4,5 (0,8)	F = 7,6 (df = 4)*
Informazioni ricevute	4,3 (0,8)	4,5 (0,7)	4,6 (0,7)	4,5 (0,6)	4,4 (0,8)	F = 5,7 (df = 4)*
"Attività" in reparto nel pomeriggio	3,9 (0,1)	4,5 (0,7)	4,6 (0,7)	4,3 (0,8)	4,4 (0,9)	F = 16,3 (df = 2)*
* p < 0,001.						

2.4. ACT: Acceptance and Commitment Therapy

Il secondo approccio che può essere usato per gli interventi riabilitativi condotti nel SPDC, di cui si parlerà in questo elaborato, consiste nell'*Acceptance and Commitment Therapy* il cui acronimo è ACT (pronunciato per interno, e non lettera per lettera).

L'ACT è un approccio *evidence based*, che rientra nelle terapie cognitivo-comportamentali di "terza onda", basato sulla *mindfulness* e sull'accettazione.

Hayes, ovvero uno degli studiosi che ha contribuito all'elaborazione di questo modello, lo definisce come "un approccio di intervento contestuale funzionale basata sulla *Relational Frame Theory*, che vede la sofferenza umana come originata dall'inflessibilità psicologica favorita dalla fusione cognitiva e dall'evitamento esperienziale"... "utilizza processi di accettazione, *mindfulness* e processi di impegno e attivazione comportamentale per produrre flessibilità psicologica" (41).

Da questa definizione emergono gli aspetti cruciali che fungono da base all'approccio ACT: la *Relational Frame Theory*, ovvero la teoria psicologica del linguaggio, la costante presenza di sofferenza nella vita quotidiana degli esseri umani che viene ampliata dall'inflessibilità psicologica, e l'utilizzo di processi di accettazione e *mindfulness* per contrastarla. Di seguito spiegherò uno ad uno questi concetti.

2.4.1. Basi teoriche ed obiettivi

Prima di illustrare il primo elemento citato, ovvero la *Relational Frame Theory*, è necessario specificare che l'ACT rientra tra le terapie cognitivo-comportamentali, ma è fondata sulla scienza comportamentale contestuale (*Contextual Behavioral Science CBS*). Essa è basata sul *contestualismo*, che può essere considerato un'estensione del comportamentismo di Skinner. Il *contestualismo* infatti considera il comportamento estremamente legato al contesto in cui esso si verifica, e vede come oggetto di indagine l'atto-nel-contesto, costituito dal comportamento manifesto, emozionale e cognitivo. Inoltre, secondo il *contestualismo*, un comportamento è vero quando funziona e

conduce ad un obiettivo stabilito, adottando un criterio di verità che è pragmatico. Conseguente a questa visione, nell'ACT viene istituito il termine *workable*: un comportamento è funzionale quando permette di portare la persona verso ciò che è per lei importante (42).

Insito nel *contestualismo*, si ritrova poi la *Relational Frame Theory* (RFT), altro costrutto teorico su cui è basata l'ACT. La RFT è una “teoria contestuale funzionale del linguaggio (42), che illustra il legame di funzionamento tra la cognizione e il linguaggio. La sua efficacia è stata approvata da più di una decina di anni, attraverso molteplici evidenze empiriche.

La RFT si basa sul concetto di *relational frame* ovvero un'unità astratta che permette di collegare e descrivere verbalmente una nuova informazione o entità sulla base di esperienze ed informazioni pregresse. Quindi il nuovo stimolo che viene percepito dalla persona viene collegato e relazionato ad uno stimolo o situazione vissuta in un momento precedente. Inoltre più stimoli e situazioni, concreti ed astratti, appresi attraverso diversi canali sensoriali, e anche in momenti diversi, possono essere legati allo stimolo inizialmente acquisito (43). Le relazioni che si creano tra stimoli e situazioni possono essere di varia natura: prima-dopo, più grande-più piccolo, più-meno, uguale-diverso, opposto, eccetera. E in particolare si delineano le relazioni di bidirezionalità e derivazione dello stimolo. La prima si può spiegare con il seguente esempio: se la persona apprende che una mucca (A) è più grande di un gatto, di conseguenza la persona apprende che il gatto (B) deve essere necessariamente più piccolo della mucca. La derivazione degli stimoli invece riguarda il comprendere che se A è collegato a B, che a sua volta è collegato a C, allora è presente una relazione indiretta tra C e A. Ad esempio se un gatto è più grande di una formica, allora la mucca sarà ancora più grande di una formica.

Poi, quando uno stimolo verbale si lega a degli stimoli non verbali, quindi percepiti con i canali sensoriali, lo stimolo verbale diventa funzionalmente sostituibile agli stimoli non verbali. Questo apprendimento viene definito come “non associativo”, e quindi derivato, in quanto questi stimoli non entrano in contatto durante la fase di apprendimento. Un esempio può essere il relazionare l'oggetto fisico della mela allo stimolo sonoro e grafico ad esso collegati (quindi il pronunciare la parola “mela” e scrivere la parola “mela”) (44).

Altro aspetto da menzionare, consiste che nel processo di associazione di un nuovo stimolo a degli stimoli già esistenti, il nuovo stimolo non viene semplicemente

correlato, ma “eredita” le proprietà ed accezioni degli altri elementi a cui viene associato. Questo aspetto è cruciale poiché è la chiave per comprendere il meccanismo psicopatologico secondo l’ACT, pertanto ecco un esempio pratico: nel caso in cui gli elementi già insiti nella cognizione del soggetto, che chiameremo A e B creano ansia nella persona, e a questi si lega anche un nuovo stimolo chiamato C, allora anche C scatenerà una reazione di ansia nella persona, proprio a causa del meccanismo precedentemente citato. Questo fa in modo che la nostra cognizione anticipi esperienze e sensazioni, ad esempio di ansia e paura, per eventi che non abbiamo mai fisicamente vissuto e che non hanno neppure una relazione fisica con gli altri eventi per cui abbiamo reagito allo stesso modo (45).

Inoltre, quando si crea una relazione tra due stimoli, indipendentemente dalla loro natura, è molto difficile rompere questo legame. Se questo poi viene fatto perché si crea una nuova relazione con altri stimoli, e questa dovesse rompersi, si ricreerebbe la relazione precedente. Questo rende molto chiara l’idea secondo cui la relazione tra due stimoli tende a non sparire mai definitivamente dalla propria cognizione.

Successivamente al termine *Relational Frame Theory*, nella citazione fornita da Hayes si nota il termine “sofferenza umana”. Mi soffermo ora proprio su questo concetto, che spiega come si origina la psicopatologia secondo l’ACT.

È necessario specificare che l’ACT differenzia il concetto di dolore da quello della sofferenza. Infatti il primo si riferisce a delle situazioni esistenziali normali, sulla quale però è impossibile avere alcuna forma di controllo. La sofferenza invece è originata da tentativi rigidi e ripetuti di evitamento del dolore, che appunto non può essere né evitato, né controllato, generando di conseguenza ulteriore dolore e frustrazione. Quindi l’ACT rivede il concetto di salute che si è radicato nella società attuale, che vede la presenza di un disagio o di una sofferenza come situazioni anormali, quando invece i dati epidemiologici riferiscono tutt’altro.

Hayes, nel libro *Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change*, (46) dice che nonostante gli uomini possano essere circondati da ogni genere di comfort, provano ogni giorno sofferenza, e che questa fa parte proprio della natura umana. Purtroppo però i modelli di psicopatologia non accennano minimamente a questo aspetto, vedendo la patologia come un insieme di sintomi, e di disfunzioni neurobiologiche.

L’ACT inoltre rileva nella natura stessa della psiche umana l’origine della sofferenza, dato che proprio la nostra psiche può portare all’amplificazione o eliminazione di

alcuni processi patologici causati dall'inflessibilità psicologica, e che l'individuo prova durante un'esperienza dolorosa.

Per inflessibilità psicologica si intende proprio il tentativo di controllare in modo persistente le esperienze dolorose interne che non possono essere, come già detto prima, evitate o eliminate. Inoltre, tale controllo e il comportamento verbale sono strettamente collegati, di conseguenza la psicopatologia per l'ACT emerge quando la cognizione e il linguaggio interferiscono sia con il momento in cui l'esperienza è vissuta, che con il comportamento messo in atto dalla persona, facendo agire le persone non secondo ciò che è importante per loro, ma evitando le possibili esperienze che possono essere dolorose, causando sofferenza.

Si specifica però che in ottica ACT il linguaggio è considerato come “un'attività simbolica, in una qualsiasi forma essa si presenti: gesti, immagini, forme, suoni, scritte o altro” (42), inglobando quindi non solo il linguaggio verbale, ma anche pensieri, ricordi, immagini, suoni, canzoni, tracciati grafici, credenze e atteggiamenti.

Il linguaggio è sicuramente una risorsa fondamentale per l'attività umana, soprattutto nella gestione del mondo esterno all'individuo, ma esso è anche la primaria forma di sofferenza, quando viene usato erroneamente nella gestione dell'esperienza e del mondo interno della persona. Quindi una forma di sofferenza presente nella vita di tutti gli uomini consiste nel cercare di eliminare o controllare le esperienze private, percepite come dolorose o indesiderate, mediante l'uso del linguaggio e del problem solving, che generalmente vengono usati per gestire la relazione con il mondo esterno. Al contrario dell'inflessibilità psicologica, ritroviamo la flessibilità psicologica, ovvero quel processo che permette all'individuo di accogliere le esperienze private dolorose, di vivere pienamente il qui-ed-ora agendo in linea con i propri valori, e quindi di “vivere bene”. Quindi, l'obiettivo dell'ACT è quello di incrementare la flessibilità psicologica della persona. Sia l'inflessibilità psicologica, che la flessibilità psicologica sono formate ciascuna da sei processi, che verranno descritti nel prossimo paragrafo.

2.4.2. L'esagono dell'inflessibilità psicologica e della flessibilità psicologica

L'ACT identifica sei processi che sottostanno alla base della sofferenza umana e dell'inflessibilità psicologica, rappresentabili graficamente in una figura definita come “l'esagono dell'inflessibilità psicologica” (Figura 2) (42).

Figura 2: L'esagono dell'inflessibilità psicologica



Di seguito riporto la spiegazione di ognuno dei sei processi.

Per *fusione cognitiva* si intende l'essere rigidamente ancorati e "fusi cognitivamente" nelle proprie cognizioni, contenuti mentali e di pensiero. Questo comporta il trattare i propri pensieri, ad esempio, come se il loro contenuto letterale corrispondesse all'effettiva realtà. Questo meccanismo è assolutamente utile quando ad esempio bisogna fare delle attività di routine, come cucinare, effettuare un pagamento, guidare per andare al lavoro, ma può essere particolarmente problematico quando riguarda convinzioni e giudizi negativi su di sé, o sul volere eliminare emozioni e sensazioni spiacevoli.

L'evitamento esperienziale consiste invece nel tentare di eliminare, controllare o sopprimere esperienze private indesiderate (pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi, impulsi). Questo può portare a cercare di scappare dai propri contenuti mentali spiacevoli, come se questi fossero una minaccia reale. Inoltre, il voler evitare le esperienze interne dolorose molto spesso ha l'effetto paradossale di aumentare in frequenza ed intensità l'evento esperienziale stesso. L'evitamento esperienziale è spesso una conseguenza del processo di *fusione cognitiva*.

L'attenzione inflessibile viene definita come la mancanza di contatto con il momento presente e con l'esperienza diretta di qui ed ora, e i processi attentivi diventano rigidi, non fluidi e flessibili. Ad esempio, l'attenzione può essere diretta in maniera rigida ai propri passati e futuri concettualizzati, rischiando di trattarli come qualcosa che sta accadendo nel momento presente. Questo inibisce il poter fare un'esperienza consapevole dei propri stati interni e di muovere passi ed azioni in direzione dei propri valori.

L'attaccamento al sé concettualizzato consiste nell'essere attaccati cognitivamente alla

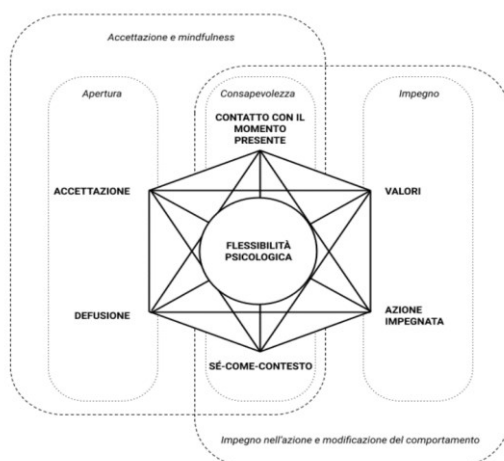
versione di se stessi costruita con delle valutazioni verbali. Esse sono collegate ad esperienze di vita privata, facendo assumere alle valutazioni verbali una sembianza di realtà o di verità di fatto. Questo aspetto diventa problematico quando la versione concettualizzata di sé spinge la persona ad agire con pattern di comportamento rigido e inflessibile, anche in presenza cambiamenti ambientali, in modo incoerente con i propri valori, e portano a distorcere la realtà per farla diventare coerente con il sé concettualizzato.

Per mancanza di contatto con i valori si intende il perdere contatto con cosa è importante per ciascuno, con ciò che davvero conta nella vita della persona, e di conseguenza circoscrivere il pattern di comportamento ad azioni guidate dal breve termine o impulsive, cioè l'inazione, l'impulsività o persistenza evitante. Queste azioni sono finalizzate al solo evitamento esperienziale, facendo perdere contatto e consapevolezza con i valori liberamente scelti.

Tutti i sei processi possono essere raggruppati all'interno di tre gruppi, definiti anche pilastri dell'inflessibilità psicologica. In particolare: la fusione cognitiva e l'evitamento esperienziale rientrano nel pilastro della chiusura, l'attaccamento al sé concettualizzato e l'attenzione inflessibile in quello della mindlessness e infine la mancanza di contatto con i propri valori e l'inazione, impulsività o persistenza evitante fanno parte del pilastro della disconnessione.

Esattamente all'opposto di questo modello si ritrova l'esagono della flessibilità psicologica, costituito dai sei processi che permettono di vivere pienamente nel momento presente, seguendo i propri valori e mettendo in atto dei comportamenti coerenti con essi. Anche l'esagono della flessibilità psicologica può essere rappresentato graficamente, e chiamato anche hexaflex (Figura 3) (41).

Figura 3: L'esagono della flessibilità psicologica



Di seguito la spiegazione dei sei processi che conducono alla flessibilità psicologica, nonché i processi presenti in un qualsiasi funzionamento umano adattivo.

La *defusione* cognitiva corrisponde al riconoscere e osservare i messaggi verbali (pensieri, affermazioni, giudizi, ecc.) per quello che sono realmente (quindi i pensieri come pensieri, le emozioni come emozioni, i ricordi come ricordi), in modo non letterale, non interpretandoli quindi come se fossero la realtà di fatto.

Può essere anche definita come separare metaforicamente la “persona” che ascolta dalla “mente” che dialoga. Questo processo permette di creare una distanza funzionale tra il contenuto dei pensieri e i comportamenti, di modo che questi non siano per forza collegati secondo una logica di causa-effetto. L'accettazione è un atteggiamento intenzionale di apertura agli eventi psicologici, comporta l'essere disponibili ad entrare in contatto con eventi privati spiacevoli o dolorosi o ciò che potrebbe innescarli, sulla base dei propri valori e di ciò che è importante per ciascuno di noi. È un processo funzionale (non una tecnica) che aiuta a fare esperienza degli eventi privati in modo autentico ed aperto. Quindi nell'ACT l'accettazione è un processo che dà più importanza ai propri valori, mentre pone in una posizione secondaria le paure o le difficoltà esistenziali. Questo permette di contestualizzare e dare significato al processo di accettazione. Il contatto con il momento presente identifica quel processo il cui scopo è quello di incrementare la consapevolezza personale nell'esperienza del qui-ed-ora.

Questo permette di vivere consapevolmente nel momento presente, di muovere passi ed azioni che siano allineate con i propri valori. Aiuta inoltre a ridurre l'effetto delle regole verbali disfunzionali, ovvero quelle regole che attualizzano situazioni lontane nel tempo e nello spazio, e che fanno perdere il contatto con il presente e con l'ambiente circostante. Il sé come contesto indica una prospettiva, una costruzione astratta da cui si fa “esperienza della propria esperienza”, da cui quindi si osservano e si percepiscono gli eventi esperienziali, e dove essi vengono immagazzinati. Di conseguenza è quella non-cosa senza limiti spazio-temporali, che permette di essere in contatto con tutti i contenuti della nostra esperienza, senza che la persona ne sia minacciata, è pertanto un costrutto sicuro e stabile. I valori invece sono direzioni importanti, qualità desiderate e scelte liberamente. Sono sempre accessibili, in quanto sono sempre presenti e sempre agibili in un qualsiasi momento della propria vita.

L'azione impegnata infine descrive lo svolgere azioni orientate verso i propri valori, a prescindere dalle difficoltà di vita e quotidiane. Da queste azioni si possono creare pattern di comportamenti che siano coerenti con ciò che conta davvero per la persona.

È anche l'agire in modo flessibile, a seconda del contesto che si presenta.

Anche i sei processi della flessibilità psicologica possono essere raggruppati all'interno di tre pilastri, detti i pilastri della flessibilità psicologica: l'apertura è il primo pilastro e contiene la *defusione* e l'accettazione; il sé come contesto e il contatto con il momento presente rientrano nel pilastro della consapevolezza e infine valori ed azione impegnata costituiscono il pilastro dell'impegno.

2.4.3. Strumenti e tecniche in ACT

Per raggiungere la flessibilità cognitiva e discostarsi quindi dai processi che costituiscono l'inflessibilità cognitiva e in particolare le "trappole" della nostra cognizione e linguaggio, l'ACT si avvale di determinate tecniche e strumenti di intervento. Le principali sono insite nelle metafore, nei paradossi, negli esercizi esperienziali e nella *mindfulness* (45). Per ogni processo dell'*hexaflex* sono presenti nei manuali metafore, paradossi, esercizi esperienziali e di *mindfulness* volti a far comprendere al paziente come bisogna agire per sperimentare la flessibilità psicologica e come raggiungerla. Proporrò un esempio per ogni tecnica e strumento ACT, tratto dal manuale *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behaviour change* di Hayes et al (46) o dal manuale *La guida essenziale all'ACT: Teoria e pratica dell' Acceptance and Commitment Therapy* di Emanuele Rossi (42).

Le metafore vengono usate nell'approccio ACT poiché il loro contenuto non stimola il paziente a focalizzarsi al solo contenuto verbale, bensì spingono il paziente a creare una o più immagini del racconto. Inoltre, non danno eccessiva importanza al contenuto logico e razionale, ma spingono la persona a muoversi con un punto di vista più esperienziale. Esse vengono elaborate dal terapeuta ACT per esprimere e far notare al paziente come funzionano i suoi meccanismi psicologici e gli avvenimenti nel suo contesto di vita. Essendo poi facili da ricordare ed estendibili ad altri eventi, esse possono essere poi usate dal paziente per comprendere ed essere più *workable* in altri eventi e situazioni di vita reale future. Un esempio sta nella metafora del *Tiro alla fune con il mostro* ((42), pp 95-96): "Immagina di trovarti in un tiro alla fune con un mostro forzuto e sgradevole. Da un lato ci sei tu e dall'altro lato c'è il mostro e a separarvi una voragine senza fondo. Naturalmente se dovessi perdere il tiro alla fune ti ritroveresti a cadere nella voragine e potresti morire. Quindi ti ritrovi a tirare con tutte le tue forze. E tiri sempre più forte, ma sembra che più forza ci metti più il mostro tiri dalla sua

parte e sei sempre più vicino alla voragine potresti precipitare. C'è qualcos'altro che potresti fare di diverso in questa situazione?"

Altro approccio usato nella terapia dell'ACT è insito nel paradosso, secondo cui il cercare di controllare le esperienze che causano sofferenza nella persona, non fa altro che aumentare la sofferenza stessa. In particolare i paradossi vengono usati dai terapeuti ACT per far notare al paziente come il linguaggio possa essere non utile in determinate situazioni, e per indebolire il legame che la persona ha con certi pensieri o espressioni puramente verbali, che gli causano sofferenza. Un esempio è insito nel manuale di Hayes et al., ((46) pp. 120-122) in cui viene proposto un esempio di dialogo tra il terapeuta e il paziente. Il paziente spiega al terapeuta che sta cercando di mettere in atto delle strategie per cercare di controllare la sua ansia, ma che tutte le tecniche da lui utilizzate non hanno prodotto il risultato da lui sperato. Il terapeuta gli dice che le strategie da lui messe in atto sono assolutamente logiche e ragionevoli, visto che corrispondono a ciò che ci è sempre stato insegnato fin da piccoli (ovvero il cercare di controllare le esperienze interne spiacevoli e dolorose, affidandosi al linguaggio verbale). Spiega però che il linguaggio umano funziona benissimo nel cercare di dividere in modo astratto i concetti e gli avvenimenti, di pianificare piani di azione e metterli in atto, di immaginare il futuro, ma esso non funziona altrettanto bene con il cercare di controllare anche le esperienze interne. Pertanto fa notare al paziente come il pensare o il dirsi di "non volere provare ansia", perché non la si vuole effettivamente provare, non fa altro che aumentare l'ansia stessa. Questo perché il problema è proprio insito nel cercare di controllare deliberatamente le proprie esperienze private dolorose.

Di conseguenza, l'ACT individua l'entrare in contatto con l'esperienza dolorosa senza porvi resistenza o giudizio, e questo viene fatto anche attraverso il proporre al paziente degli esercizi esperienziali, in cui la persona viene supportata nell'entrare in contatto con pensieri, sensazioni fisiche, ricordi ed emozioni che sono dolorosi e spesso evitanti per la persona. Anche in questi esercizi viene mostrata alla persona il fallimento che si ha nel cercare di controllare le esperienze dolorose e l'uso scorretto che si fa del linguaggio in queste situazioni. Molto spesso in questi esercizi vengono usati degli oggetti fisici per avere un maggiore distacco dal legame verbale con i propri pensieri e ricordi, come ad esempio il scrivere i propri pensieri su dei cartoncini, oppure utilizzare degli oggetti fisici che personifichino il proprio stato interno di sofferenza. Un esercizio che può essere utile per spingere il paziente ad oggettivare i propri pensieri ed emozioni dolorose, sta nel cercare di trascriverli su dei cartoncini, poiché

essi hanno il ruolo di porre naturalmente una distanza tra l'oggetto e la persona. Questo esercizi si trova nel manuale di Hayes et al., ((46) p. 162). Una volta che i pensieri o emozioni vengono scritti sui cartoncini, essi possono essere usati in modi diversi per svolgere degli esercizi esperienziali. Possono essere usati per rappresentare la lotta che il paziente ha con essi, cercando di tenerli il più distante possibile e di spingerli contro la mano del terapeuta che opporrà resistenza, per poi invece accettarli e tenerli appoggiati sul proprio grembo. È importante far notare la differenza nello sforzo fatto per cercare di allontanare il pensiero e quello fatto per accoglierlo sul proprio grembo. Oppure, si potrebbe chiedere al paziente di evitarli a tutti i costi, mentre il terapeuta cerca di lanciaarli addosso al paziente, per poi invece chiedere al paziente di osservarli atterrare sul suo grembo, ed accoglierli.

Infine, anche la *mindfulness* viene usata durante le sedute ACT. Si ricordi che l'ACT è una terapia cognitivo-comportamentale di “terza onda”, e che in quanto tale integra degli aspetti di *mindfulness* nel percorso di trattamento. In ACT si fa una distinzione importante tra “processi di *mindfulness*” e “tecniche di *mindfulness*”. La prima è da ritrovare nei processi che compongono l'*hexaflex* e che danno la possibilità all'individuo di poter interagire con il suo mondo esterno ed interno in modo consapevole e non giudicante. Inoltre, è bene ricordare poi che ogni esercizio usato durante l'ACT, che sia una metafora, un paradosso o un esercizio esperienziale promuove la *mindfulness*, perché fa in modo che la persona sviluppi flessibilità psicologica. Le “tecniche di *mindfulness*” sono quelle che vengono utilizzate per mettere in pratica le abilità necessarie per provare flessibilità psicologica.

Nell'ACT quindi sono presenti degli esercizi di *mindfulness*, come ad esempio la *mindfulness del respiro* in cui viene chiesto al paziente di sedersi in una posizione comoda, tenendo gli occhi chiusi, e mantenere la sua attenzione sul respiro, osservandolo senza alterarne il ritmo e senza porre alcun giudizio. Nel caso in cui l'attenzione del paziente dovesse discostarsi dal respiro, è utile riferirgli di notarlo e di riportare gentilmente l'attenzione sul proprio respiro, e di non preoccuparsi perché lo scopo dell'esercizio è quello di essere consapevole della propria esperienza che si vive in ogni momento.

2.4.4. Il plurilinguaggio attraverso le tecniche espressive

Come integrare però gli strumenti forniti dall'ACT nella pratica clinica? In questo contesto ci sono di grande aiuto le tecniche espressive. Per “tecniche espressive” si intendono tutti quegli strumenti e quelle tecniche che consentono alla persona di far

emergere le proprie idee, le proprie emozioni e sentimenti, ma anche i propri valori. Stimolano a riflettere sul proprio mondo interno, su di sé e sul mondo esterno, facilitando il processo di consapevolezza. Possono poi essere importanti per favorire lo sviluppo di processi di valutazione, apprendimento e cambiamento.

Questo è possibile grazie all'utilizzo del linguaggio simbolico, che si è sviluppato nelle tecniche espressive attraverso l'uso di oggetti mediatori del linguaggio tra cui le foto, le immagini, le rappresentazioni grafiche, i racconti, le metafore. Essi permettono di far emergere sia le emozioni che i pensieri, facilitando così i processi precedentemente citati (47). In particolare, si possono distinguere le tecniche espressive a mediazione artistica, a mediazione corporea, le tecniche di facilitazione di gruppo (48).

Nei pazienti affetti da un disturbo psichiatrico l'utilizzo di oggetti mediatori del linguaggio, e quindi delle tecniche espressive, per raccontare ed esternare i propri vissuti ed esperienze dolorose, può avere un effetto più terapeutico e curativo piuttosto che l'uso del linguaggio verbale e non simbolico. Questo perché i pazienti molto spesso hanno difficoltà a mentalizzare queste esperienze proprio a causa del linguaggio verbale. Tale processo invece può essere facilitato dall'uso di altre forme di linguaggio, di altri canali sensoriali (visivo, uditivo, cinestetico...) e della terapia espressiva, prediletti dal singolo paziente. Infatti, la rappresentazione grafica attiva la comunicazione non verbale, sostituendo quindi la comunicazione verbale, e permette anche di "fare ordine" tra i contenuti emotivi ed affettivi della propria esperienza, rendendo "comunicabile" anche ciò che è per il paziente impossibile comunicare sia a livello conscio che inconscio. Quindi la comunicazione con le tecniche espressive e con l'arte non permette solamente di comunicare qualcosa agli altri, ma anche di capire come comunicarlo e di modulare il proprio vissuto emotivo ed affettivo durante la comunicazione (49).

2.4.5. L'efficacia dell'ACT, anche per pazienti in un regime di acuzie

L'efficacia dell'ACT è dimostrata da molteplici studi sia per pazienti che soffrono di un disturbo mentale, come depressione (50) psicosi (51) (in particolare per questi pazienti si è notata la riduzione della sintomatologia depressiva), oppure per l'ansia, ma anche per pazienti che presentano altri quadri clinici, come il dolore cronico, il cancro, oppure per pazienti che vogliono smettere di fumare, e per i caregivers. Pertanto l'ACT viene definito come un trattamento "transdiagnostico".

L'efficacia dell'ACT è stata provata in alcuni studi in cui i pazienti erano inseriti in un contesto di cura intensivo, ad esempio nello studio condotto da Brandon A. Gaudiano

et al., in una struttura ospedaliera in cui i pazienti erano adulti ed affetti da un disturbo dello spettro psicotico. È stato proposto un trattamento che seguisse l'approccio ACT, più volte a settimana, in setting sia gruppalmente che individuale. È emerso come si sia verificato un miglioramento sia della sintomatologia che del funzionamento, anche dopo il follow-up di 4 mesi. L'efficacia è stata dimostrata somministrando le scale: BPRS, CORE, QLS, SQoL e WHODAS (52).

3. MATERIALI E METODI

3.1. Il processo di integrazione de L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con l'approccio ACT

È stato deciso di svolgere gli incontri seguendo l'organizzazione e le tematiche riportate nel manuale *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (34) in quanto esso è stato elaborato appositamente per essere condotto in un setting di reparto, permettendo infatti a qualsiasi paziente di partecipare, indipendentemente dalla fase di acuzie, dalla diagnosi o motivo di ingresso e dal giorno di ingresso, ed è previsto lo svolgimento dell'incontro in circa un'ora. Inoltre, è specificato nel manuale che questo intervento riabilitativo di gruppo può essere condotto anche dalla figura professionale del TeRP.

Le tematiche trattate poi nell'ICCG riguardano tutti quegli aspetti che vengono vissuti dal paziente in prima persona durante il ricovero, e anche grazie ad esse i pazienti possono acquisire: maggiori informazioni e consapevolezza sul proprio episodio di crisi, comprendere maggiormente lo scopo e l'utilità del ricovero (34). Perciò i pazienti, grazie a questi incontri, hanno la possibilità di affrontare le tematiche correlate alla crisi e il loro vissuto al riguardo, mediante la condivisione verbale al gruppo di tale esperienza. Proprio da questo punto nasce l'idea di questo progetto, ovvero di enfatizzare la condivisione di queste esperienze non solo mediante l'espressione puramente verbale, ma anche attraverso altri canali comunicativi, abbracciando quindi il concetto di linguaggio caratteristico dell'approccio ACT, cioè: "un'attività simbolica, in una qualsiasi forma essa si presenti: gesti, immagini, forme, suoni, scritte o altro" (42). Questo perché fornendo ai pazienti un ventaglio più ampio di modalità di espressione della propria esperienza e punto di vista, essi hanno anche più possibilità per poterle mentalizzare al meglio. Di conseguenza, fornendo invece il solo supporto verbale ed orale, si hanno meno modalità di espressione e possibilità di mentalizzazione.

Per dare ai pazienti l'occasione di esprimere in più modi il proprio vissuto e le proprie

opinioni, emerse durante gli incontri di gruppo basati sulle tematiche previste dal manuale Veltro, sono stati integrati i moduli costanti e alcuni moduli opzionali presenti con degli allegati espressivi, i quali indicano l'aggiunta di alcune attività a carattere espressivo alla conduzione dei moduli. Questo perché (come già specificato nel capitolo 2.4.4.) le tecniche espressive stimolano la riflessione sul mondo interno ed esterno, ne aumentano la consapevolezza mediante l'uso di oggetti mediatori del linguaggio. Inoltre, l'uso di tali oggetti è previsto anche dall'approccio ACT, il quale utilizza come strumenti terapeutici: la metafora, il paradosso, l'uso di supporti visivi, ecc., proprio allo scopo di considerare tutte le forme di attività umana per comunicare e quindi come linguaggio.

3.2. L'inserimento degli allegati espressivi mediante le schede tecniche

Gli allegati espressivi da integrare all'interno dei moduli costanti ed opzionali del manuale di Veltro, sono stati elaborati di modo che potessero corrispondere a degli obiettivi in linea sia con i contenuti dei moduli proposti, che con il concetto di linguaggio ACT e i relativi strumenti e tecniche. Quindi gli allegati espressivi sono il "mezzo" attraverso cui integrare i temi e la struttura dell'ICCG con l'approccio ACT. Le attività espressive sono state pensate poi per essere proponibili generalmente in un contesto di gruppo, avente diverse caratteristiche sia personali che cliniche, e quindi le attività pensate devono essere accessibili alla maggior parte degli utenti. Inoltre, ogni attività espressiva è stata pensata utilizzando dei materiali facilmente reperibili, a basso costo, riutilizzabili e adeguati al contesto del SPDC.

Al fine di avere un supporto tecnico e teorico per il conduttore, sia per la realizzazione del materiale, che per la conduzione degli incontri, sono state redatte delle schede tecniche, specifiche per ogni allegato espressivo, in cui sono illustrati i seguenti aspetti:

- Modulo costante od opzionale a cui si sta facendo riferimento.
- Fruitori (gruppo o singolo).
- Obiettivi da raggiungere.
- Materiale da utilizzare e indicazioni per creare cartelloni ed altri supporti.
- Indicazioni per la conduzione del modulo, aggiungendo gli allegati espressivi.

Inoltre, l'utilizzo di una scheda tecnica permette di rendere la spiegazione della conduzione dell'attività, oltre che dei materiali utilizzati, maggiormente schematica e pertanto fruibile anche ad altri interlocutori. La scheda tecnica diventa quindi un mezzo di facilitazione per la comprensione dell'attività proposta, per chiunque acceda alla scheda. Di seguito verranno descritti tutti gli allegati espressivi che sono stati

elaborati e verrà inserito nella sezione degli allegati, presente in questo elaborato, la relativa scheda tecnica. Specifico che ogni allegato espressivo è stato pensato per essere introdotto nella fase 5 dello schema generale degli incontri, che si trova nel manuale dell'ICCG (34).

3.2.1. Allegato espressivo del modulo costante “Che cos’è accaduto prima del ricovero”

Nel primo modulo costante dell'ICCG si tratta l'argomento della crisi che ha condotto al ricovero: viene chiesto ai partecipanti di descrivere che cosa è accaduto durante la loro crisi e successivamente di individuare i fattori scatenanti della crisi. L'obiettivo è quello sia di rendere i partecipanti consapevoli di che cosa sia accaduto durante la loro crisi, che di normalizzarla, mediante la condivisione in gruppo dell'accaduto. Inoltre un altro obiettivo è insito nel far comprendere ai partecipanti che tale crisi è stata determinata da alcuni fatti e sensazioni provate nei giorni precedenti (34).

Ho integrato questo modulo con un allegato espressivo che consiste nell'aver metaforizzato la crisi ad un “temporale emotivo”: la crisi vissuta dai pazienti comporta un'esperienza forte, spesso ricca di emozioni, come un temporale, ma che non si è originata “dal nulla”, in quanto preceduta da alcuni fatti e stati d'animo, presenti nei giorni precedenti, che hanno contribuito a determinare l'episodio di crisi. Esattamente come prima del temporale vero e proprio, si nota che in cielo iniziano a formarsi delle nuvole scure, seguite poi dalla pioggia, fino all'ingresso di fulmini e tuoni. Pertanto, ho creato un cartellone a due strati (il primo copre parte del secondo): nel primo strato ho scritto il titolo e disegnato alcuni fulmini e gocce d'acqua con su scritto le parole “eventi/fattori scatenanti” e “sensazioni” (Allegato 2). Questo cartellone viene mostrato ai partecipanti nel momento in cui si cerca di comprendere quali siano stati i fattori scatenanti della crisi. Nel secondo cartellone è stata disegnata una grossa nuvola nera, da cui fuoriescono i fulmini, con su scritto la parola “crisi”, e simboleggia la crisi vera e propria (Allegato 3). I due cartelloni vengono appesi al muro prima dell'incontro con i pazienti, con il disegno della nuvola che sovrappone quello con i fulmini e le gocce. Vengono poi messi a disposizione dei partecipanti alcuni post-it colorati (io ho utilizzato dei post-it di dimensione 7,5x12,5 cm) e pennarelli di vario colore.

Si inizia quindi seguendo quanto indicato dal manuale ICCG, e una volta arrivati alla fase 5 si invita i partecipanti a raccontare in un post-it la loro crisi, usando il mezzo da loro preferito: scrivendo una storia, una poesia, facendo un disegno, scrivendo una lista di parole, descrivendo la crisi, ecc. Questo fa riferimento al concetto di linguaggio

nell'ottica ACT, poiché non si considera il solo linguaggio verbale nel racconto dell'esperienza di crisi, ma il racconto viene supportato dalla creazione di un elaborato espressivo personale per ogni paziente. Come da manuale poi, si invita i partecipanti a raccontare a voce cos'è successo nella loro crisi, in questo caso aiutandosi con l'elaborato creato, che verrà attaccato al cartellone con disegnata la nuvola. Una volta che tutti i pazienti avranno condiviso la loro esperienza di crisi, il conduttore sottolinea gli aspetti comuni a tutte le esperienze raccontate dai partecipanti. Il conduttore poi spiega ai partecipanti la metafora del temporale sottostante alla crisi, mentre il co-conduttore sposta il cartellone con disegnata la nuvola, mostrando quindi il cartellone sottostante. Come da manuale, si chiede poi ai pazienti di individuare gli elementi/i fatti che possono aver scatenato la crisi (quindi fatti/elementi accaduti alcuni giorni prima della crisi) e le sensazioni associate. Si chiede ai pazienti di scrivere nei post-it delle parole chiave che riguardino cosa è accaduto prima della crisi. I post-it verranno poi attaccato al secondo cartellone.

Nel momento in cui qualche partecipante menziona o scrive la parola "stress", quando definisce le sensazioni provate nei giorni precedenti alla crisi, come da manuale il conduttore porta l'attenzione su questo termine e ne enfatizza l'importanza. Poi, sempre come da manuale, si invita i pazienti a dare una definizione di stress. Si sintetizzano le risposte nella frase "lo stress è una condizione di squilibrio che si verifica tra le nostre capacità di fronteggiamento e le situazioni problematiche o eventi stressanti e comporta un grande stato di disagio e malessere".

Si può trovare all'allegato 1 la scheda tecnica di questo modulo.

3.2.2. Allegato espressivo del modulo costante "Modello Stress-vulnerabilità"

Nel secondo modulo costante si illustra ai pazienti il meccanismo secondo cui è presente una vulnerabilità personale allo stress, tanto più questa vulnerabilità è maggiore, tanto più la persona sarà propensa a stressarsi (con maggiore frequenza ed intensità). La risposta allo stress avviene mediante una "risposta psicobiologica", che può tradursi nella presenza di sintomi psicopatologici in persone particolarmente vulnerabili allo stress, o con una scarsa efficacia nelle abilità di coping.

Pertanto può essere utile trovare delle strategie utili per gestire lo stress e per incrementare le proprie abilità di coping (34).

L'elaborato che ho sviluppato per questo modulo ha come obiettivo quello di enfatizzare i concetti spiegati dal modello stress-vulnerabilità, tramite l'uso di una metafora, in cui le abilità di coping vengono paragonate ad un ombrello. Tale metafora

non è casuale, si ricollega infatti alla metafora tra il temporale e la crisi. In base a quanto è solido e ampio l'ombrello, maggiori saranno le possibilità di proteggersi dal temporale. Così come, più efficaci sono le abilità di coping, minore sarà la vulnerabilità allo stress e l'intensità dei sintomi, permettendo quindi di evitare una futura crisi. Per fare ciò ho creato più di un allegato espressivo, e ognuno è basato su questa metafora. Di seguito è presente la descrizione degli allegati, successivamente ne verrà spiegato l'utilizzo durante la conduzione dell'incontro.

Il primo allegato consiste in quattro *flashcards*, che raccontano una breve storia: il protagonista decide di fare una passeggiata, nonostante il cielo stia minacciando pioggia (stress), decide pertanto di portare con sé un ombrello, che però è un po' sgangherato (strategie di coping disfunzionali). Inizia però il temporale (crisi) e il protagonista non riesce a ripararsi con quell'ombrello, perciò, una volta tornato al sicuro, decide di procurarsi un ombrello più solido, ampio e migliore (strategie di coping funzionali). Ho ottenuto queste *flashcards* piegando a metà e tagliando due fogli A4 sul lato più corto. Dopodiché ho disegnato una scena per foglio, ognuna successiva all'altra (Allegato 6 e Allegato 7).

Ho creato poi una scheda in cui sono disegnate delle nuvole e sotto ad esse un omino stilizzato, che si ripara dalle nuvole usando un grande ombrello. Questa scheda viene consegnata ad ogni partecipante, e viene chiesto loro di scrivere in corrispondenza delle nuvole quali sono gli eventi che creano maggiormente stress nella loro vita quotidiana, e all'interno dell'ombrello vengono scritte le strategie messe in atto e le nuove strategie che potrebbero utilizzare, anche suggerite dagli altri partecipanti (Allegato 8). Infine, ho creato un cartellone con disegnato un grande ombrello, in cui verranno attaccati dei post-it, con scritte tutte le attività che i partecipanti attuano per fronteggiare lo stress (una per post-it) (Allegato 9).

Si prosegue in questo modo: iniziare come da manuale, chiedendo ai partecipanti come si manifesta in loro lo stress, trascrivendo tutto quello che viene detto in un cartellone o foglio della lavagna. Successivamente si chiede, secondo la loro opinione, se tutti si stressano e se ciò avviene o meno allo stesso modo. A questo punto avviene la spiegazione del modello stress-vulnerabilità. Personalmente l'ho disegnato su di un cartellone molto rigido, in modo da poterlo riutilizzare, e con altri due cartelloni sovrapponibili. Nel cartellone che funge da base è stato disegnato il titolo, i due assi, la curva che dimostra lo stress quotidiano e l'ipotetica soglia di tolleranza allo stress (Allegato 10). Nel primo foglio sovrapponibile invece è stato rappresentato graficamente l'elemento che indica gli eventi stressanti improvvisi (Allegato 11);

mentre nel secondo foglio sovrapponibile è stato disegnato il possibile aumento della soglia di tolleranza allo stress, mediante la terapia farmacologica e gli interventi di natura psicosociale (Allegato 12). Una volta terminata la spiegazione del modello stress-vulnerabilità, vengono presentate le *flashcards* ai partecipanti, raccontandone il significato ad esempio in questo modo: “Immaginatevi questa storia: avete deciso di andare a fare una passeggiata, ma il cielo non è troppo sereno (stress ambientale) e decidete di portare con voi un ombrello (intervento psicosociale e terapia farmacologica). Questo ombrello è leggero, poco ingombrante ma anche poco resistente. Ad un certo punto della passeggiata inizia a piovere (segni precoci di crisi). Aprite l’ombrello, cercando di far fronte alla pioggia. Per un po’ riuscite ad andare avanti senza bagnarvi troppo. Ma ecco! Ad un certo punto la pioggia si trasforma in forte temporale, improvviso (stress acuto), l’ombrello vola via, e vi inzuppate tutti! Cosa succederebbe se invece di avere un ombrello leggero, ne avreste uno forte, resistente e magari anche più grande? Anche con il vento non vi verrebbe strappato dalle mani, e riuscireste a stare sotto l’acquazzone (migliorare l’intervento farmacologico e psicosociale)”.

Arrivati a questo punto tendevo a chiedere ai partecipanti se desiderassero fare una breve pausa, oppure se il tempo a disposizione era terminato, riprendevo l’argomento nel pomeriggio o la mattina successiva.

La seconda parte dell’attività prevede la consegna ai partecipanti della scheda di cui ho spiegato la struttura precedentemente, e che si può trovare come allegato 8.

Per svolgere questa attività chiedo ai pazienti di sedersi sui tavoli che si trovano in salone, per avere una maggiore comodità nella compilazione della scheda, invece che disporsi a semicerchio come il solito. Una volta che ogni partecipante ha in mano la scheda e una penna, matita o pennarello, leggo loro la consegna e rispiego quanto scritto, mi rendo inoltre disponibile a risolvere eventuali dubbi e ad aiutare chi è in difficoltà durante la compilazione. Ogni partecipante compila in autonomia la propria scheda, e successivamente si ha una fase di discussione, in cui ogni partecipante illustra agli altri quali siano le situazioni che gli causano stress nella quotidianità, e quali sono state finora le strategie efficaci. Gli altri partecipanti possono poi suggerire altre possibili strategie da utilizzare, soprattutto nel caso di pazienti che abbiano un vissuto simile. Questo procedimento viene ripetuto per ogni partecipante al gruppo. Una volta che la condivisione è stata terminata, il conduttore e il co-conduttore scrivono su dei post-it le strategie individuate dai pazienti durante l’attività e attaccano i post-it al cartellone in cui è disegnato l’ombrello. Queste vengono rilette e viene

chiesto ai partecipanti se vengono loro in mente altre attività, che possono aiutare a ridurre lo stress ed infine vengono aggiunte.

Si può trovare la scheda tecnica di riferimento a questo modulo all'allegato 4 e 5.

3.2.3. Allegato espressivo del modulo costante "Psicofarmaci"

Nel terzo modulo costante viene trattato il tema degli psicofarmaci, in particolare vengono illustrate le quattro categorie principali di psicofarmaci (antiansia, antipsicotici, stabilizzatori dell'umore e antidepressivi) e si nominano alcuni farmaci, sulla base della terapia farmacologica assunta dai pazienti. Successivamente si cerca di far comprendere ai partecipanti che l'utilità della terapia farmacologica è insita nell'abbassare la vulnerabilità allo stress, permettendo ai pazienti di ridurre i sintomi psicopatologici, causati dall'eccessivo stress percepito. Si indagano poi le motivazioni che spingono i pazienti a non assumere più la terapia farmacologica, e successivamente si cerca di confutarle nel contesto di gruppo (34).

L'elaborato espressivo da me pensato, è inserito nel momento in cui si parla delle quattro categorie principali di psicofarmaci, delle loro funzioni e si nominano alcuni farmaci rientranti in quelle categorie. Questo viene fatto proponendo un gioco a squadre, che consente in un quiz a tema psicofarmaci. Mentre nelle altre attività spiegate precedentemente è stata utilizzata la metafora come strumento dell'ACT, in questo viene utilizzato il gioco, poiché anch'esso può essere considerato una forma di "attività umana" (51). Mediante il gioco inoltre, si rende più interattiva, coinvolgente e dinamica l'acquisizione di informazioni sugli psicofarmaci. Per poter realizzare questo quiz, sono state innanzitutto formulate le domande: quattro domande per categoria di psicofarmaco, di cui due riguardanti la funzione e le altre due riguardanti i nomi di farmaci che rientrano in quella categoria. Le domande sono state formulate a risposta chiusa, con tre possibili soluzioni di cui solo una è corretta.

È stato fatto poi un cartellone suddiviso in 16 quadrati, disposti lungo quattro righe e quattro colonne. In corrispondenza delle righe troviamo le quattro categorie di psicofarmaci, ognuna contrassegnata da un colore diverso, mentre ad ogni colonna corrisponde un punteggio di difficoltà della domanda (10, 20, 30, 50 punti). In ogni quadrato del cartellone sono riportate le lettere della risposta corretta. Durante lo svolgimento del quiz i quadrati sono coperti da dei cartoncini di ugual misura e di un colore diverso per ogni riga, di modo che i pazienti non possano vedere la risposta corretta, verrà rivelata solo quando tutti i pazienti avranno detto secondo loro qual è la risposta giusta. Le domande con le relative opzioni di risposta sono scritte in dei

bigliettini, che vengono consegnati ad ogni partecipante, in base alla domanda scelta. Si possono trovare all'allegato 16 un prototipo del cartellone e delle possibili domande da porre agli allegati 14 e 15, facenti parte della scheda tecnica.

Si procede in questo modo: prima dell'arrivo dei pazienti si predispone il cartellone con il quiz sul muro, e si prepara un cartellone vuoto per trascrivere ciò che emerge durante l'incontro di gruppo, i molteplici bigliettini per ogni risposta devono essere messi in ordine su di un tavolo, in modo da essere poi distribuiti più facilmente ai partecipanti. Una volta terminata la disposizione della stanza, si possono chiamare i pazienti. Si inizia come da manuale, "il conduttore quindi chiede: "secondo voi come agiscono gli psicofarmaci?" " quindi conclude con una frase del tipo "gli psicofarmaci regolarizzano la trasmissione o la comunicazione tra le cellule del cervello; durante gli stati prolungati di stress, infatti, le attività sono molto alterate".

Successivamente si spiegherà ai pazienti che verrà fatta un'attività in cui potranno apprendere più informazioni sugli psicofarmaci, mediante un quiz. Si spiega che verranno suddivisi in squadre (oppure in un'unica squadra: è a discrezione del conduttore decidere se creare due gruppi, oppure se mantenere un unico gruppo, sulla base del numero di pazienti partecipanti e delle loro caratteristiche psicopatologiche), e che ogni squadra dovrà avere un portavoce. Si spiegano poi le regole: sono presenti quattro categorie di domande, con quattro punteggi diversi. La squadra dovrà scegliere a che domanda vuole rispondere, comunicando al conduttore il colore e il punteggio mediante il portavoce. Il co-conduttore distribuirà il foglietto con su scritto la domanda a tutti i partecipanti, e successivamente il conduttore la leggerà ad alta voce, con anche le possibili opzioni. La squadra dovrà decidere assieme qual è secondo loro l'opzione corretta, che verrà comunicata dal portavoce al conduttore. Il co-conduttore allora toglierà il cartoncino che copre la risposta esatta, dal quadrato corrispondente alla domanda, rivelando così la risposta corretta a tutti i partecipanti. Dopo aver svelato la risposta giusta, si ha un brevissimo momento di discussione, in cui i pazienti possono fare delle domande e il conduttore può risolvere i dubbi emersi, oppure semplicemente in cui il conduttore riassume la domanda con la risposta corretta. Questa verrà trascritta nel cartellone bianco o nel foglio di lavagna.

Una volta che i pazienti avranno risposto a tutte le domande, il conduttore farà un riassunto generale di quanto emerso, aiutandosi anche con il cartellone bianco, che nel frattempo sarà colmo di informazioni sul ruolo di ogni categoria di psicofarmaco e sui loro nomi. Se i partecipanti lo desiderano, può essere consegnato a loro o anche una scheda riassuntiva di quanto emerso durante l'incontro (Allegato 17).

Si prosegue poi l'incontro come da manuale, discutendo quindi di quali siano le motivazioni che più spesso spingono i pazienti a non assumere più la terapia farmacologica. Si può trovare la scheda tecnica per questo modulo agli allegati 13, 14 e 15.

3.2.4. Allegato espressivo del modulo costante “Stigma”

Nel quarto e ultimo modulo costante del manuale ICCG (34), viene trattato il tema dello stigma, in particolare come questo crei delle situazioni di disagio e di isolamento nelle persone che soffrono di una malattia mentale, ma cercando anche di trovare delle soluzioni efficaci per combatterlo (34). In questo caso l'elaborato espressivo da me pensato, ha come obiettivo quello di: supportare i pazienti nel trovare una modalità alternativa per condividere la propria esperienza, in merito allo stigma nella malattia mentale, fornire un'ulteriore modalità per far sentire i pazienti più coinvolti, uniti e compresi in questo vissuto. Questo viene fatto mediante un'azione fisica, cioè quella di intrecciare dei fili, in cui sono inseriti dei cartoncini in cui sono raccontate le esperienze dei pazienti. Pertanto i fili simboleggiano le esperienze di stigma vissute dai pazienti, che venendo intrecciati tra di loro, metaforicamente intrecciano ed uniscono le esperienze dei pazienti.

Per poter fare questa attività è stato necessario costruire una scatola adeguata, spiegherò la costruzione passo per passo:

- 1) Tagliare circa una quindicina di fili di grosso spessore, come ad esempio fili di lana o fili di canapa. Devono essere lunghi almeno 60-70 cm.
- 2) Trovare una scatola, ad esempio una scatola delle scarpe, che abbia un fondo abbastanza grande e con delle pareti altri almeno 15 cm.
- 3) Incollare i fili sul fondo della scatola, disponendoli di modo che siano incollati formando una forma ovale.
- 4) Riporre tutti i fili all'interno della scatola di modo che non si annodino.
- 5) Chiudere la scatola con il coperchio.

Si trova una foto della scatola agli allegati 19, 20 e 21.

Come si procede quindi durante l'incontro? Si inizia seguendo il manuale, quindi chiedendo ai partecipanti qual è secondo loro il significato della parola stigma, e quali siano le persone maggiormente soggette a stigma. Si tratta poi la tematica dello stigma verso chi ha una malattia mentale, invitando i partecipanti a raccontare la loro esperienza personale. Utilizzando l'allegato espressivo da me proposto, questo viene

fatto seguendo due modalità: inizialmente viene chiesto ai pazienti di scrivere su un cartoncino (con un foro sul margine), un breve riassunto, delle parole chiave, delle frasi, o qualsiasi altro elaborato scritto che possa aiutarli a condividere la loro esperienza di stigma. Vengono poi invitati a sedersi su delle sedie disposte in un cerchio molto stretto, in cui al centro è presente la scatola. Si chiede ai partecipanti di aprire la scatola e di tirare fuori i fili al suo interno, e di prenderne uno a testa. Si chiede quindi di infilare il cartoncino, in cui hanno raccontato la propria esperienza sotto forma scritta, nel filo che si trovano in mano. Viene poi chiesto loro se se la sentono di raccontare la loro esperienza ad alta voce, e quindi di condividerla con gli altri partecipanti, menzionando anche il proprio vissuto emotivo. Una volta che tutti i desiderosi avranno condiviso, si chiede a tutti i pazienti di scambiarsi il filo di mano in mano: è un atto simbolico di condivisione, di unione e di normalizzare l'esperienza vissuta. Viene specificato loro di passarsi i fili più e più volte, in modo che alla base della scatola si crei un intreccio molto pieno, e di continuare fino a quando non saranno soddisfatti. Infine viene chiesto come li abbia fatti sentire fare questo movimento. Nella mia esperienza personale la gran parte dei pazienti riferiva di sentirsi più libero, leggero, maggiormente speranzoso e più compreso. Solo un paziente mi ha riferito di sentirsi invece più negativo al riguardo, perché i fili sembravano ingarbugliati, dando un'idea di non esserci una via d'uscita.

Si prosegue poi come da manuale, e si cerca di comprendere se ci possano essere delle soluzioni allo stigma verso le persone che soffrono di un disturbo mentale. Per questa attività ho strutturato un cartellone apposito, in cui al centro c'è il disegno di una scatola stilizzata, da qui fuoriescono tanti fili colorati (Allegato 22). Viene chiesto ai partecipanti di incollare il proprio cartoncino all'interno del disegno della scatola, appositamente disegnata di nero. Mano a mano che si troveranno delle possibili soluzioni per combattere lo stigma, queste verranno trascritte dal conduttore su dei post-it, i quali verranno attaccati in corrispondenza dei fili colorati che si trovano sul cartellone (Allegato 23). Questo vuole essere un messaggio simbolico, attraverso cui si fa notare che dalla condivisione delle esperienze di stigma, le quali comportano dei vissuti personali negativi, possono nascere delle soluzioni valide e positive alla lotta contro lo stigma per la malattia mentale.

Si può trovare la scheda tecnica di questo modulo all'allegato 18.

3.2.5. Allegato espressivo per il modulo opzionale “Segni precoci di crisi”

In questo modulo opzionale si tratta assieme ai pazienti la tematica dei segni precoci di crisi, definendo che cosa siano, l'importanza del loro riconoscimento, anche grazie al supporto delle proprie figure di riferimento (ad esempio: familiari, amici, colleghi...). Inoltre, durante questo incontro vengono distinti i sintomi dai segni precoci di crisi (34). L'allegato espressivo che ho pensato per questo modulo, è stato studiato proprio per poter intervenire in quest'ultimo punto. L'allegato in questione consiste nuovamente in un'attività di gioco, che i pazienti devono svolgere in due squadre. Vengono date ai pazienti delle *flashcards*, in cui è scritto o un sintomo o un segno precoce di crisi. I partecipanti di ogni squadra dovranno dialogare tra di loro per cercare di capire quale sia un sintomo e quale invece un segno precoce di crisi, riunendo le *flashcards* in due pile diverse.

La parte iniziale della fase cinque può essere condotta seguendo il manuale: si chiede ai pazienti che cosa siano i segni precoci di crisi, la loro definizione e vengono scritti nella lavagna i segni precoci di crisi di ciascun paziente. Successivamente si arriva al punto in cui viene introdotto l'allegato espressivo appena descritto. Quindi si spiega ai pazienti che verranno divisi in due squadre, e che dovranno collaborare per dividere le *flashcards* in due categorie: categoria dei sintomi, categoria dei segni precoci di crisi. Questa attività ha come scopo quello di far comprendere ai partecipanti la difficoltà del distinguere il sintomo dal segno precoce di crisi, e che pertanto è necessario consultare e coinvolgere anche altre persone nel loro riconoscimento. Tale aspetto emerge molto bene durante l'attività, nel momento in cui i partecipanti si rendono conto della difficoltà maggiormente “pratica” ed interattiva del dover distinguere il segno precoce di crisi dal sintomo, sia per i dubbi individuali, che per pareri contrastanti che emergono durante l'attività. È necessario menzionare che l'obiettivo di questa attività quindi, non è quello di fare meno errori possibili, ma di sperimentare in prima persona la difficoltà di tale distinzione, oltre che conoscere nuovi segni precoci di crisi e sintomi.

Al termine dell'attività le due squadre condividono che segni precoci di crisi e sintomi hanno individuato, e si svolge una discussione aperta a tutto il gruppo. Mano a mano che vengono nominati i segni precoci di crisi e sintomi, il co-conduttore o il conduttore li trascrivono in un cartellone/foglio della lavagna, che è già stato precedentemente diviso in due metà, una per i sintomi e una per i segni precoci di crisi. Si procede poi da manuale, enfatizzando la necessità di essere supportati da altre persone nel riconoscimento dei segni precoci di crisi, e il perché è importante riconoscerli,

disegnando alla lavagna lo schema proposto nel manuale. Ho inoltre creato una scheda riassuntiva dell'incontro, in cui sono presenti informazioni sia sui segni precoci di crisi, che sui sintomi (Allegato 25). Infine, si consegna ai pazienti la scheda dei segni precoci di ricaduta, presente nell'appendice del manuale, che può essere compilata individualmente oppure nel gruppo del pomeriggio. Personalmente preferivo far compilare ai pazienti la scheda al pomeriggio, in un contesto di gruppo, poiché si potesse creare una discussione sulle strategie da mettere in atto qualora si presentasse un segno precoce di ricaduta.

Menziono inoltre che durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto modo di proporre questa attività anche individualmente, infatti un paziente mi aveva richiesto espressamente di poter parlare dei segni precoci di crisi, di supportarlo nell'individuare i suoi segni precoci di crisi e le strategie da mettere in atto per evitare una possibile altra crisi. La scheda tecnica per questo modulo si trova all'allegato 24.

3.2.6. Allegato espressivo per il modulo opzionale “Benessere fisico: alimentazione e attività motoria”

In questo modulo opzionale vengono trattati i temi dell'alimentazione e dell'attività motoria, come aspetti determinanti nel benessere. Viene descritta la piramide alimentare, e si rende consapevoli i pazienti di quali siano i cibi che è preferibile mangiare di più e di meno. Inoltre vengono elencate anche le attività che potrebbero aiutare i pazienti nel mantenersi in forma (34). L'incontro inizia chiedendo ai partecipanti quale sia per loro la definizione di “benessere”. Ho pensato di porre questa domanda ai partecipanti mediante un'attività denominata *World Cafè*. Quest'attività ha come obiettivo facilitare il processo collettivo di scambio di idee, generare nuove opinioni e collegamenti. Si prevede che i partecipanti vengano divisi in gruppi da 5 persone (in questo caso li si divide in due gruppi). In certi casi mi è personalmente capitato che ci fossero solo 5 o 6 partecipanti, perciò ho mantenuto un unico gruppo. I gruppi si siederanno ciascuno attorno ad un tavolo, sopra cui sono presenti dei pennarelli e un cartellone con un quesito. In questo caso i quesiti sono: “Che cos'è per te il benessere?”, “Che contributo ha l'alimentazione nel benessere?”. I gruppi dovranno discutere e scambiare opinioni circa quel quesito, scrivere quanto è considerato rilevante e decorare il cartellone come meglio si preferisce, usando i pennarelli che preferiscono. Il processo di discussione del gruppo sarà controllato da una figura che viene definita “l'oste” (in questo caso il co-conduttore e/o il conduttore, a seconda della presenza di uno o due gruppi). L'oste ha il compito di accogliere il

gruppo al tavolo, spiegare il quesito e fare in modo che il gruppo mantenga la conversazione su quel tema. Dopo circa 15 minuti i due gruppi si scambieranno di tavolo, a parte i due oste che resteranno fermi e riassumeranno al nuovo gruppo quanto è emerso dal gruppo precedente. Al termine dell'attività i due oste riassumeranno entrambi i processi collettivi di discussione.

Successivamente si procede disegnando la piramide alimentare: il conduttore chiede ai pazienti quali sono i cibi che vanno mangiati con maggiore frequenza, per poi passare ai cibi che è meglio mangiare con minore frequenza. A tal proposito, si può proporre ai pazienti di pensare ad alcune ricette sane che conoscono e/o che cucinano e di condividerle con il gruppo. La ricetta è infatti un'ulteriore modalità attraverso cui comunicare in materia di alimentazione. Al termine dell'attività si possono lasciare a disposizione fogli e penne ai pazienti, per scrivere e condividere le loro ricette. A questo punto si procede di nuovo come da manuale, chiedendo ai pazienti cosa facciano per mantenersi in forma: sia semplici azioni (come salire le scale) che azioni più strutturate (come seguire un allenamento). Si stimola quindi la condivisione di esperienze tra i partecipanti. Le risposte date dai pazienti verranno da loro stessi scritte in un post-it ed attaccate al cartellone o foglio della lavagna di riferimento. Si può chiedere ai pazienti cosa facciano per motivarsi a fare attività fisica e che sensazioni crea in loro. Anche in questo caso le risposte verranno scritte dai pazienti su di un post-it, che abbia però un colore diverso da quello usati in precedenza. Prima di salutarsi, si possono far scegliere ai pazienti 2-3 attività fisiche brevi, semplici e poco intense tra quelle proposte, e metterle in atto. Alla fine verrà chiesto ai pazienti come si sono sentiti/e e che sensazioni ha suscitato in loro il mettere in pratica quegli esercizi fisici. Si può trovare la scheda tecnica relativa a questo modulo all'allegato 26.

3.2.7. Allegato espressivo per il modulo opzionale "Comprendere e gestire le emozioni"

In questo modulo si tratta il tema delle emozioni, in particolare si chiede ai pazienti cosa sia un'emozione o stato d'animo, quali siano, e si rende noto il meccanismo dell'ABC: le emozioni sono scatenate dai pensieri, che la persona pensa in base al contesto in cui si trova, le emozioni poi fanno attuare dei comportamenti in linea con esse (34). In particolare, l'allegato espressivo a cui ho pensato si inserisce proprio per fornire ai pazienti un'ulteriore supporto nella comprensione dello schema ABC, mediante una storia illustrata. Pertanto si procede come da manuale, chiedendo ai partecipanti che cosa sia uno stato d'animo e di elencare le emozioni che conoscono.

Successivamente si spiega ai partecipanti che l'attività che verrà proposta a breve, ha come obiettivo quello di dimostrare come le emozioni siano generate da determinati pensieri, pensati in base al contesto in cui ci si trova, e che sono le emozioni a suscitare determinate sensazioni fisiche, e a farci attuare determinati comportamenti. Il conduttore quindi narrerà una storia, aiutandosi con delle *flashcards* che rappresentino ciò che viene raccontato. Queste flash cards verranno appoggiate sul pavimento, o su una qualsiasi altra superficie, oppure tenute in mano dal conduttore, di modo che siano ben visibili a tutti i pazienti, durante il loro racconto.

Come sono strutturate queste *flashcards*? Innanzitutto è necessario prepararle prima dell'incontro, seguendo ad esempio queste istruzioni:

1. Scegliere su quali emozioni soffermarsi (consiglio 2-3 emozioni).
2. Inventare nome del protagonista e contesto in cui si trova. Il contesto deve far suscitare un'emozione nel protagonista, che a sua volta provoca dei pensieri e delle sensazioni.
3. Individuare tre possibili scenari ed azioni che può mettere in atto il protagonista: nel primo il protagonista mette in atto un'azione aggressiva, nel secondo un'azione assertiva e nel terzo un'azione passiva.
4. Disegnare delle *flashcards* per: contesto (Allegato 30), emozione (Allegato 31), le tre azioni svolte dal protagonista (Allegato 32).
5. Lasciare dei cartoncini vuoti, in cui scrivere: sensazioni, pensieri, le conseguenze delle azioni. Verranno dette dai partecipanti durante l'incontro.

Ovviamente la storia raccontata non deve avere una durata eccessiva ed è preferibile che rifletta delle situazioni di vita quotidiana. Ad esempio uno scenario a cui avevo pensato era quello di trovarsi in coda al supermercato, e di essere sorpassati da una persona con il carrello pieno di prodotti da acquistare. Questa situazione potrebbe far suscitare dei pensieri che potrebbero far provare poi l'emozione della rabbia. Vengono poi mostrati tre possibili scenari: nel primo il protagonista si arrabbia e inveisce contro la persona che gli è passata davanti, nel secondo il protagonista chiede gentilmente all'altra persona di rispettare la fila, infine nella terza il protagonista cambia sconsolato la fila, senza far notare nulla alla persona che gli è passata davanti. Quindi ai pazienti viene presentata la situazione, l'emozione che potrebbe sperimentare in quel contesto, chiedendo però loro da quale pensieri potrebbe essere suscitata. Questi vengono scritti nella *flashcard* vuota corrispondente. La stessa azione viene ripetuta per le sensazioni fisiche. Infine vengono presentati in successione le tre azioni, con le relative

conseguenze che esse comportano. Le conseguenze vengono definite dai pazienti, riflettendo sulla loro funzionalità e disfunzionalità. Si conclude l'attività poi come da manuale, chiedendo quindi ai pazienti se secondo loro questa attività è stata utile e perché, e con il riassunto di quanto è emerso dall'incontro. Si può trovare la scheda tecnica di questo modulo agli allegati 27, 28 e 29.

3.2.8. Allegato espressivo per il modulo opzionale "Dimissione: obiettivo individuale alla dimissione"

Questo modulo può essere proposto sia in un contesto gruppale che individuale, ai pazienti che saranno dimessi entro tre o quattro giorni. Questo modulo ha come obiettivo quello di individuare gli obiettivi, e in generale le attività che i pazienti possono mettere in atto sia dopo la dimissione che nell'arco di sei mesi, per fare in modo che siano ad un minore rischio di ricaduta per una nuova crisi (34). Ho strutturato questo modulo per condurlo interamente attraverso un allegato espressivo, che ha come tematica centrale l'individuazione dei valori personali, intesi in ottica ACT, definibili come "direzioni personalmente importanti, qualità desiderate e liberamente scelte dall'azione continua, che sono qui e ora e sono sempre accessibili in quanto possono sempre essere presenti durante il nostro percorso di vita, sono inesauribili ed è possibile *agirli* in qualsiasi momento, anche se li abbiamo trascurati per molto tempo"(41). Ho sviluppato questa attività per essere condotta solamente in un setting individuale, proponendo al paziente una scheda, in cui è spiegato il concetto di valore, anche mediante alcune metafore presenti nel manuale *La guida essenziale all'ACT Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy* di Emanuele Rossi. Successivamente presenta un esercizio, sempre preso dal manuale appena citato, denominata "il centro del bersaglio". Infatti è disegnato un bersaglio, diviso in quattro spicchi uguali, ognuno di essi rappresenta un'area di vita e sono: lavoro e formazione, tempo libero, crescita personale e salute, relazioni. Viene quindi chiesto al paziente quali siano i suoi valori per ognuna delle aree, se si sente vicino o lontano dal loro raggiungimento, e si cerca di pensare assieme alcune azioni che possano aiutare la persona a raggiungere il proprio valore. Si preferisce concentrarsi su un'area in particolare, a discrezione del paziente, individuando delle azioni da fare ed obiettivi da raggiungere nelle prossime 24 ore, nella prossima settimana, nelle prossime due settimane e dopo 3 mesi. Vengono individuati anche dei possibili ostacoli, e le strategie per poterli superare. Si trova questa scheda agli allegati 34, 35, 36 e 37. Ho utilizzato questa scheda anche per supportare i pazienti nello scrivere una lettera motivazionale,

soprattutto per coloro che avevano in programma un inserimento in una struttura residenziale alla dimissione. In base ai valori personali si cercava di capire come la struttura potesse supportare il paziente nel raggiungimento di questi valori, e quindi nella messa in atto di un'azione impegnata, intesa in ottica ACT. Si trova la scheda tecnica relativa a questo modulo all'allegato 33.

3.3. Setting

Gli incontri appena descritti sono stati svolti presso il SPDC dell'Ospedale San Bassiano, afferente al Distretto 1 dell'ULSS 7 e situato nella città di Bassano del Grappa. Durante lo svolgimento dell'attività assumevo il ruolo di conduttore, ed ero affiancata ad una delle psicologhe presenti in reparto, che assumeva di conseguenza il ruolo di co-conduttore. Sono stati designati una fascia oraria e un luogo interno al reparto per la conduzione degli incontri: venivano svolti a partire dalle 10:30 circa, fino all'arrivo del pranzo (tra le 11:30 e le 11:45), nell'ala del reparto adibita a sala comune, dove i pazienti possono mangiare, guardare la televisione, chiacchierare tra di loro e in cui svolgere altre attività come ad esempio giocare a carte, a giochi da tavolo, disegnare.

In questa zona del reparto lo spazio è molto ampio e luminoso dato che una parete è costituita da sole vetrate, inoltre sono presenti numerosi tavoli, sedie e poltroncine.

Pochi minuti prima dello svolgimento dell'attività mi occupavo di spostare i tavoli presenti in una metà della sala, in modo da avere un grande spazio libero in cui posizionare le sedie a semicerchio, in cui si sarebbero seduti poi i pazienti. Le sedie venivano appunto disposte di modo che risultassero visibili da tutte le angolature i cartelloni appesi alla parete. Mentre mi occupavo della disposizione della sala e dei materiali necessari allo svolgimento dell'incontro, la psicologa presente in quel momento in reparto, si occupava invece di invitare i pazienti a partecipare all'attività. Una volta arrivati in sala, ero presente per accoglierli e chiedere di accomodarsi su una delle sedie disposte precedentemente. Quando tutti i pazienti partecipanti si erano accomodati, iniziavo l'incontro seguendo quanto scritto nel manuale di Veltro et al. integrandolo con gli allegati espressivi precedentemente descritti. Durante la conduzione degli incontri rimanevo in piedi davanti ai cartelloni nel momento in cui dovessi porre delle domande, oppure concludere e riassumere quanto era stato detto dai pazienti, mentre mi sedevo quando erano i pazienti a parlare, poiché mi permetteva di dare un ruolo di maggior rilievo al paziente nel racconto della sua esperienza. La psicologa presente invece si sedeva generalmente tra me e i pazienti, mentre gli

infermieri che si univano all'incontro, si sedevano nelle sedie vuote tra i pazienti, come previsto dal manuale di Veltro.

3.4. Valutazione della partecipazione e raggiungimento degli obiettivi per ogni modulo
 Durante il periodo di tirocinio in cui ho proposto ai pazienti la partecipazione a queste attività di gruppo, mi occupavo sia della conduzione, ma anche della valutazione della partecipazione dei pazienti alle attività. Per fare questo, ho elaborato un'apposita tabella, usando il programma Excel, in cui tenevo traccia sia della partecipazione, che del raggiungimento degli obiettivi. Ho individuato degli obiettivi sulla base dei temi ed argomenti trattati ad ogni incontro, e li riporto di seguito (Tabella 3):

Tabella 3: Obiettivi da raggiungere, per ogni modulo costante ed opzionale preso in esame in questo elaborato.

Primo modulo costante: “Che cosa è accaduto prima del ricovero?”	Individua il motivo dell'ingresso
	Individua i fattori scatenanti della crisi
	Riconosce le emozioni scatenatesi dai fattori scatenanti
Secondo modulo costante: “Modello stress-vulnerabilità”	Riconosce come si manifesta lo stress
	Individua cosa gli crea stress
	Individua strategie per far fronte allo stress
Terzo modulo costante: “Psicofarmaci”	Conosce le principali categorie ed alcuni nomi di psicofarmaci
	Riconosce l'importanza di non interrompere la terapia farmacologica
Quarto modulo costante: “Stigma”	Racconta un'esperienza di stigma e le emozioni associate
	Riconosce il ruolo dello stigma
	Propone alcune soluzioni per ridurre lo stigma in psichiatria
Modulo opzionale: “Segni precoci di crisi”	Riconosce i suoi segni precoci di crisi
	Nota la differenza tra segni precoci di crisi e sintomi
	Riconosce quali sono gli alimenti da mangiare con più moderazione

Modulo opzionale “Benessere fisico: alimentazione e attività motoria”	Riconosce quali sono gli alimenti da mangiare quotidianamente
	Propone degli esercizi da fare o ne riconosce l'utilità
Modulo opzionale: “Comprendere e gestire le emozioni”	Riconosce la catena ABC
	Relaziona correttamente i possibili pensieri/comportamenti alle emozioni
	Riconosce i tre stili comunicativi
Modulo opzionale “Dimissione: obiettivo individuale alla dimissione”	Individua l'area su cui lavorare
	Individua gli obiettivi

La tabella conteneva le informazioni per ogni modulo svolto nella settimana, ed era strutturata in questo modo (esempio per un solo modulo) (Tabella 4):

Tabella 4: Esempio di tabella di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e della partecipazione all'incontro.

Iniziali dei pazienti ricoverati:	Iniziali paziente 1	Iniziali paziente 2	Iniziali paziente 3	Iniziali paziente 4
Modulo di riferimento				
Obiettivo 1	Si	No	NP	Si
Obiettivo 2	Si	No	NP	Si
Obiettivo 3	Si	No	NP	Si
Raggiungimento obiettivi	Valore	Valore		Valore

Tale operazione veniva svolta per tutti i moduli condotti nella settimana. Le voci “sì” significano che il paziente ha partecipato all'attività ed ha raggiunto l'obiettivo, le voci “no” significano che il paziente ha partecipato all'attività ma non ha raggiunto l'obiettivo, mentre la voce “NP” sta per “Non Partecipa”.

3.4.1. Questionario di soddisfazione per gli utenti

È stata presa in esame anche la percezione soggettiva dei pazienti circa l'attività di gruppo proposta, somministrando ai pazienti ricoverati e che avessero partecipato almeno una volta agli incontri, un questionario di gradimento sulle attività proposte.

L'obiettivo di questo questionario è quello di indagare se i pazienti reputano personalmente utili gli incontri proposti, in particolare per ottenere maggiori informazioni ed aumentare la propria consapevolezza sulle tematiche concernenti il ricovero, come ad esempio: il comprendere il motivo del ricovero, il modello stress-vulnerabilità e la terapia farmacologia assunta, il trovare un obiettivo da perseguire dalla dimissione.

Il questionario è strutturato in quattro domande, a cui si risponde con la relativa scala Likert a cinque item, pertanto i partecipanti possono rispondere alle domande del questionario apportando una "x" in corrispondenza dell'item che loro ritengono essere maggiormente correlabile e indicativo della loro percezione sulle attività proposte. Le quattro domande sono:

- Ha partecipato all'attività di gruppo sulla psicoeducazione?
- Quanto Le è stato utile partecipare? (ad esempio: Ha appreso delle nuove informazioni? Ad esempio: sul motivo del Suo ricovero, sul legame tra stress e crisi, sui farmaci che Lei assume, ecc...?)
- Se ha desiderato individuare degli obiettivi alla dimissione: È utile per Lei aver individuato degli obiettivi da raggiungere alla fine del ricovero e dopo la dimissione?
- In generale, quanto si ritiene soddisfatto/a delle attività di gruppo proposte?

Per la prima domanda la scala Likert è composta dai seguenti item: "solo una volta", "almeno una volta a settimana", "almeno due volte a settimana", "almeno tre volte a settimana" e "tutti i giorni" ; invece per le altre tre domande gli elementi della scala Likert sono i seguenti: "per nulla", "poco", "abbastanza", "molto", e "moltissimo".

La sezione delle domande è preceduta da una breve introduzione in cui si rende noto che il questionario è anonimo, si illustra il suo obiettivo e si spiega la modalità di compilazione. Viene inoltre chiesto ai pazienti di inserire il motivo di ingresso e quindi di ricovero, sempre prima delle domande. Infine, è stato ricavato uno spazio, nell'angolo in alto a destra, in cui apporre la data in cui viene somministrato il questionario. Alla fine invece c'è una sezione denominata "eventuali note", in cui i pazienti possono comunicare per iscritto altri aspetti non indagati dal questionario e che sono per loro rilevanti.

Il questionario può essere compilato dal paziente in autonomia, senza la presenza del somministratore, che resta comunque a disposizione per eventuali chiarimenti. Il somministratore consegnava il questionario cartaceo al paziente che era stato

informato dell'imminente dimissione dal medico psichiatra, assieme ad una penna e spiegando brevemente in cosa consisteva il questionario e come compilarlo, rendendosi disponibile per chiarire eventuali dubbi o perplessità. Una volta che il paziente terminava la compilazione del questionario, lo riconsegnava al somministratore stesso, oppure ad altri professionisti dell'equipe.

Nella maggior parte dei casi mi occupavo io stessa di consegnare ai pazienti il questionario e di spiegare loro lo scopo e la modalità di somministrazione, in altri casi se ne occupavano invece gli infermieri (generalmente se ero assente nel reparto).

Nella creazione del questionario sono stati presi in considerazione vari elementi: innanzitutto la necessità di creare un questionario comprensibile per tutti gli utenti, semplice e veloce da compilare, e che indagasse effettivamente l'ambito di interesse (ovvero la percezione soggettiva dei pazienti circa l'utilità delle attività proposte). Questo mi ha portata a formulare poche domande, poste in maniera semplice e con alcuni esempi per facilitarne la comprensione, e a cui fosse possibile rispondere in poco tempo e facilmente, pertanto ho optato per delle domande a cui fosse possibile rispondere mediante una risposta chiusa. Desideravo comunque lasciare ai pazienti un margine di possibilità di comunicare altri aspetti che non fossero direttamente indagati dal questionario, inserendo appunto lo spazio per scrivere "eventuali note".

Specifico che si può trovare il questionario all'allegato 38 e 39.

3.5. La brochure

Oltre allo sviluppo degli incontri di cui ho appena descritto la struttura, per questo progetto ho sviluppato anche una brochure, per far notare ai pazienti come la giornata in reparto non fosse "vuota" o "senza senso" ma scandita da precise attività, svolte in determinati orari. In essa sono stati inseriti anche gli incontri di gruppo, svolti in tre momenti diversi della giornata: al mattino dopo la colazione, successivamente tra le 10:30 circa fino al momento del pranzo, e nel primo pomeriggio dalle 15 alle 16 circa. In particolare la conduzione degli incontri che ho appena descritto veniva generalmente svolta dalle 10:30 e le 11:30 (quindi all'arrivo del pranzo). Oltre alle attività di gruppo sono stati inseriti anche i momenti di assunzione della terapia farmacologica, i momenti dedicati ai pasti, di tempo libero e di corico. È stata pensata su due facciate fronte e retro, e in un formato A5. Sulla pagina di fronte si trova la descrizione del contenuto, ovvero "tutte le attività che vengono svolte quotidianamente in reparto" e si invita i pazienti a parlare con gli operatori in turno, in caso di dubbi o necessità di chiarimento. Nel retro invece sono descritte tutte le attività svolte,

accompagnate da un simbolo esplicativo e l'orario in cui vengono svolte. È stata creata utilizzando il sito CANVA e redatta con dei colori caldi e non sgargianti. Si può trovare la brochure all'allegato 40 e 41.

4. ANALISI E RISULTATI DEI DATI RACCOLTI

Il campione di riferimento in questa ricerca ed analisi dei dati, riguarda i pazienti ricoverati presso il SPDC dell'Ospedale di Bassano del Grappa, afferente all'ULSS 7; il periodo di raccolta dati è avvenuto in cinque settimane, dalla metà del mese di giugno, fino alla prima settimana di agosto. Come già specificato nel capitolo precedente, sono state utilizzate due diverse modalità di raccolta dei dati. Il primo riguarda la somministrazione del questionario ai pazienti che avessero partecipato almeno una volta allo svolgimento degli incontri basati sull'ICCG di Veltro (34) ed integrati con gli allegati espressivi. La seconda riguarda la compilazione dei file Excel, riguardanti la partecipazione dei pazienti alla attività, il raggiungimento degli obiettivi relativi all'attività di gruppo, e sull'osservazione di alcuni parametri in tutti i pazienti ricoverati nel periodo di indagine..

Si specifica che per la raccolta di tutti i dati e l'utilizzo di tutti gli strumenti di valutazione descritti in questo progetto di tesi, è stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione dal Direttore dell'UO di Psichiatria 1 del Distretto 1 Bassano, del Direttore Sanitario e del Direttore Generale dell'ULSS7 Pedemontana, tramite l'utilizzo dell'apposito modulo fornito dalla Direzione delle Professioni Sanitarie dell'ULSS7 Pedemontana.

4.1. Analisi delle risposte al questionario

Le risposte ottenute dal questionario somministrato ai pazienti, sono state inserite manualmente in un foglio Excel. In tale foglio ho precedentemente inserito nella colonna A le quattro domande e sotto ad ognuna le possibili risposte selezionabili dalla scala Likert. La trasposizione delle risposte selezionate in ogni questionario raccolto al file Excel è stata svolta nella seguente modalità: ogni colonna corrisponde ad un questionario inserito, identificabile mediante la data di compilazione del questionario, che viene riportata nella prima riga della colonna di riferimento. Per contrassegnare nel foglio Excel quali fossero le risposte inserite dal paziente, apponevo una "x" nella cella coincidente alla riga dell'item scelto e alla colonna contrassegnata dalla data in cui fosse stato compilato quel questionario. Nella tabella sottostante (Tabella 5) si può notare come siano state inserite le domande e i possibili item di risposta, e come siano

state riportate le risposte del primo questionario, identificato dalla data “15/06/2023”.

Tale operazione è stata fatta per ogni questionario somministrato.

Tabella 5: Inserimento delle domande, opzioni di risposta del questionario e delle risposte riportate nel primo questionario.

Data di compilazione del questionario	15/06/2023
HA PARTECIPATO ALL'ATTIVITA' DI GRUPPO SULLA PSICOEDUCAZIONE?	
Solo una volta	
Una volta a settimana	
Almeno due giorni a settimana	
Almeno tre giorni a settimana	
Tutti i giorni	x
QUANTO LE E' STATO UTILE PARTECIPARE?	
Per Niente	
Poco	
Abbastanza	
Molto	x
Moltissimo	
E' UTILE PER LEI AVER INDIVIDUATO DEGLI OBIETTIVI ALLA DIMISSIONE?	
Per Niente	
Poco	
Abbastanza	
Molto	
Moltissimo	x
IN GENERALE, QUANTO SI RITIENE SODDISFATTO/A DELLE ATTIVITA' PROPOSTE?	
Per Niente	
Poco	
Abbastanza	
Molto	
Moltissimo	x

Successivamente all’inserimento nel file Excel delle risposte contrassegnate dai pazienti nei questionari cartacei, mi sono occupata di analizzare quantitativamente come i pazienti avessero risposto alle domande poste nel questionario.

Questo è stato fatto utilizzando la funzione “CONTA.SE” di Excel. È una delle funzioni statistiche presenti nel software, che restituisce il valore numerico corrispondente a quante volte un certo item o valore è presente nell’intervallo di celle selezionato. Pertanto ho usato questa funzione per avere il numero esatto di “x” contenute nell’intervallo selezionato, indice di quanti pazienti avessero risposto alle singole domande in quel modo. L’intervallo selezionato comprende quindi tutte le celle della riga corrispondente all’item da indagare, partendo dalla cella che interseca la seconda colonna (relativa al primo questionario inserito), fino ad arrivare alla cella della riga che interseca la colonna relativa all’ultimo questionario. Nel campo “criterio” della formula ho sempre inserito “x”. Ad esempio, per determinare quanti

pazienti avessero risposto con “solo una volta” alla domanda “Ha partecipato all’attività di gruppo sulla psicoeducazione?” ho usato la funzione `CONTA.SE` comprendendo l’intervallo dalla cella B3, alla cella AI3, e immettendo “x” nel campo “criterio”. Le lettere relative a questo intervallo indicano le colonne che vengono analizzate, cioè quelle contenenti la trasposizione dei questionari compilati; il numero 3 invece è relativo alla riga che si vuole analizzare, corrispondente in questo caso all’item “solo una volta” della domanda “Ha partecipato all’attività di gruppo sulla psicoeducazione?”. Il risultato ottenuto era il numero di “x” contenute nelle celle della riga 3, che andassero dalla colonna relativa al primo questionario fino alla colonna dell’ultimo questionario inserito. Quest’operazione è stata fatta per tutte le righe corrispondenti agli item di ogni domanda posta nel questionario, visibili all’allegato 38. I risultati ottenuti sono stati poi rappresentati graficamente con un grafico a torta e a colonne, in quanto le variabili considerate sono categoriche.

Infine, sono stati correlati i dati della partecipazione, con i dati relativi all’utilità e alla soddisfazione percepita dai pazienti. Per fare ciò sono state costruite delle tabelle pivot. Queste tabelle presenti nel programma di Excel permettono di calcolare, analizzare, confrontare e riepilogare i dati, utilizzando varie funzioni come ad esempio: conteggio, somma, media, varianza, eccetera.

In questo caso, ho considerato come intervallo per costruire la tabella, tutte le celle contenenti i dati relativi al questionario. Ho poi creato una tabella pivot per ogni variabile relativa alla partecipazione, quindi sono state create: una tabella per la variabile “solo una volta”, una tabella per la variabile “almeno due volte a settimana”, una tabella per la variabile “almeno tre volte a settimana” e una tabella per la variabile “tutti i giorni”. Non è stata fatta la tabella pivot per la variabile “una volta a settimana” perché nessun paziente ha risposto al questionario con questa opzione. Queste variabili sono state inserite nella sezione “righe” della propria tabella. Successivamente ho inserito sui campi di “valore” prima il conteggio delle variabili relative al grado di utilità percepito, cioè degli item “per niente”, “poco”, “abbastanza”, “molto”, e “moltissimo” relativi alla domanda “È utile per lei aver individuato degli obiettivi alla dimissione?”, e successivamente il conteggio delle variabili relative al grado di soddisfazione percepito, cioè degli item “per niente”, “poco”, “abbastanza”, “molto”, e “moltissimo” relativi alla domanda “In generale quanto si ritiene soddisfatto/a delle attività proposte?”.

4.2. Risultato delle risposte al questionario

I questionari raccolti e di cui sono stati inseriti i dati su Excel, sono in totale 34. Questo indica che dei 50 pazienti ricoverati nel SPDC dell'Ospedale di Bassano del Grappa, nel periodo relativo alla conduzione di questo progetto, hanno partecipato almeno una volta alle attività di gruppo e compilato il relativo questionario il 68% dei ricoverati. Di seguito verranno riportati i risultati relativi a come hanno risposto i pazienti alle domande del questionario, e la correlazione tra i dati sulla partecipazione e sul grado di utilità e di soddisfazione percepita dai pazienti.

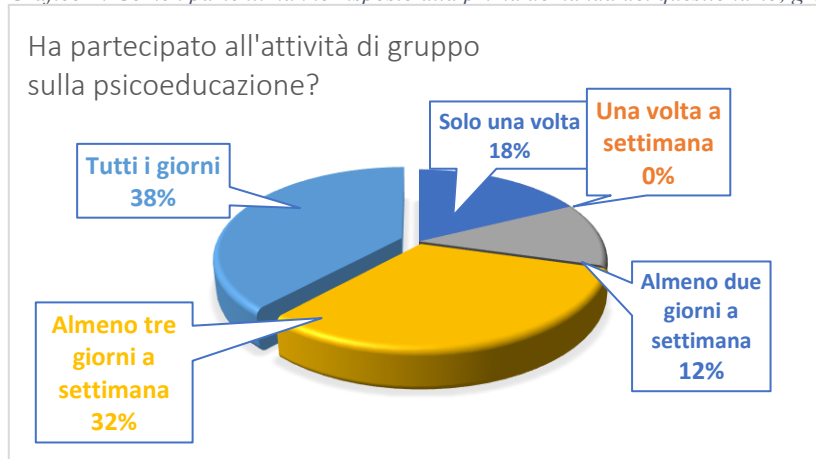
4.2.1 Risultati delle domande al questionario

Alla domanda “Ha partecipato all'attività di gruppo sulla psicoeducazione?”, che indaga il numero di partecipazioni, 6 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “solo una volta”(18% del totale), nessun paziente ha selezionato l'opzione “una volta a settimana” (0% del totale), 4 pazienti hanno selezionato l'opzione “almeno due giorni a settimana”(12% del totale), 11 pazienti hanno selezionato l'opzione “almeno tre volte a settimana” (32% del totale) e infine 13 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “tutti i giorni”. Quest'ultima è l'opzione che ha ottenuto più risposte, pari al 38% del totale, a seguire le opzioni “almeno tre volte a settimana”, “ solo una volta”, “almeno due giorni a settimana” e infine “una volta a settimana”. Di seguito riporto i grafici a colonne (Grafico 1) e a torta (Grafico 2) relativi a queste informazioni.

Grafico 1: Come i pazienti hanno risposto alla prima domanda del questionario, grafico a colonne.



Grafico 2: Come i pazienti hanno risposto alla prima domanda del questionario, grafico a torta.



Alla domanda “Quanto le è stato utile partecipare”, che indaga il grado di utilità percepito, nessun paziente ha risposto selezionando l'opzione “per niente” (0% del totale), un solo paziente ha risposto selezionando l'opzione “poco” (3% del totale), 10 pazienti hanno risposto con l'item “abbastanza” (29% del totale), 18 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “molto” (53% del totale), infine 5 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “moltissimo” (15% del totale). Quindi l'opzione “molto” è quella che possiede il maggior numero di risposte, a seguire le opzioni “abbastanza”, “moltissimo”, “poco” e “per niente”. Di seguito riporto i relativi grafici a colonne (Grafico 3) e a torta (Grafico 4).

Grafico 3: Come i pazienti hanno risposto alla seconda domanda del questionario, grafico a colonne.

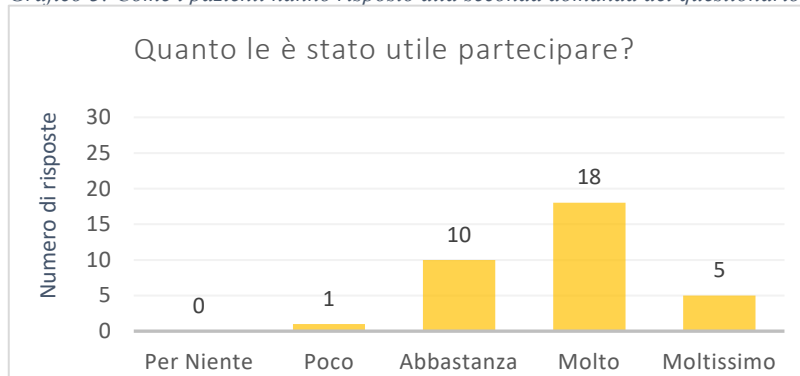
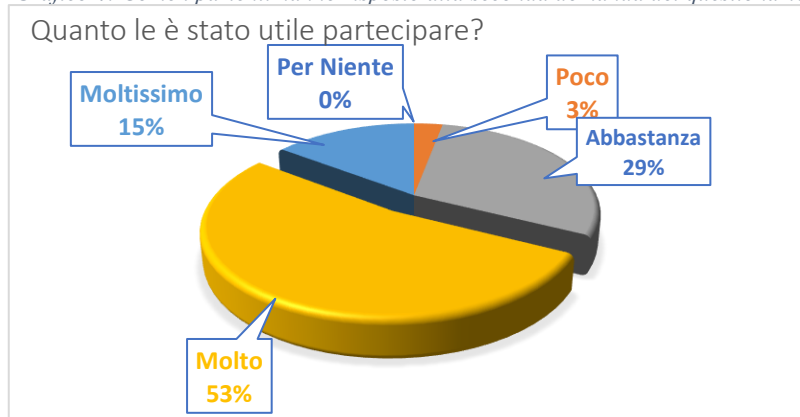


Grafico 4: Come i pazienti hanno risposto alla seconda domanda del questionario, grafico a torta.



Alla terza domanda del questionario “È utile per lei avere individuato degli obiettivi alla dimissione?”, nessun paziente ha risposto con l'opzione “per niente” (0% del totale), un solo paziente ha risposto con l'opzione “poco” (3% del totale), 7 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “abbastanza” (23% del totale), 20 pazienti hanno risposto con l'opzione “molto” (67% del totale) e 2 pazienti hanno risposto con l'opzione “moltissimo” (7% del totale). Anche in questo caso l'opzione “molto” ha ottenuto la maggior parte delle risposte, a seguire le opzioni “abbastanza”, “moltissimo”, “poco” e “per niente”. Si menziona però, che a questa domanda non hanno risposto tutti e 34 i pazienti, bensì hanno risposto 30 pazienti. Di seguito riporto i relativi grafici a colonne (Grafico 5) e a torta (Grafico 6).

Grafico 5: Come i pazienti hanno risposto alla terza domanda del questionario, grafico a colonne.

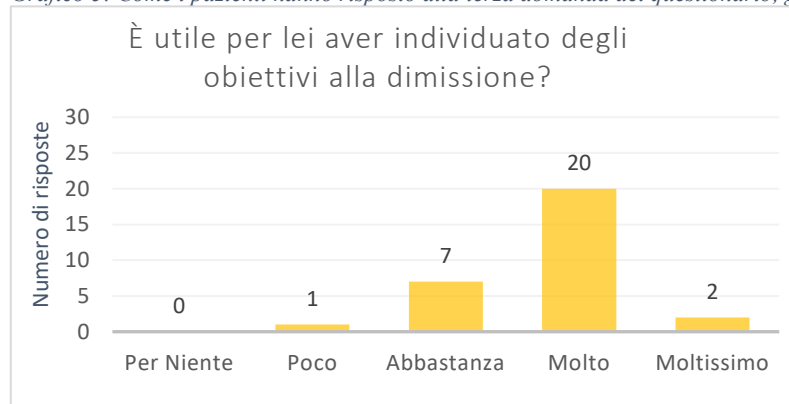
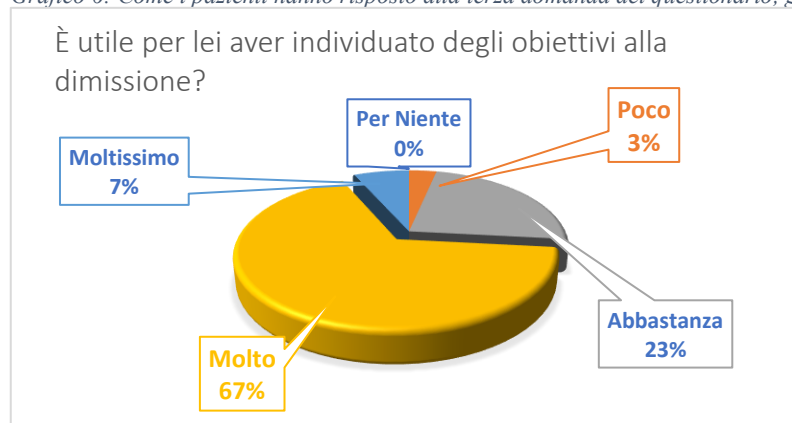


Grafico 6: Come i pazienti hanno risposto alla terza domanda del questionario, grafico a torta.



Alla quarta domanda del questionario “In generale, quanto si ritiene soddisfatto/a delle attività proposte?”, che determina il grado di soddisfazione e piacevolezza percepito, nessun paziente ha risposto con l'opzione “per niente” (pari allo 0% delle risposte totali a questa domanda), 3 pazienti hanno risposto con l'opzione “poco” (9% del totale), 2 pazienti hanno risposto selezionando l'opzione “abbastanza” (6% del totale), 19 pazienti hanno risposto con l'opzione “molto” (56% del totale) e 10 pazienti hanno risposto con l'opzione “moltissimo” (pari al 29% del totale). Anche in quest’ultima

domanda, l'opzione “molto” ha ottenuto la maggior parte delle risposte. Di seguito riporto i grafici a colonne (Grafico 7) e a torta (Grafico 8) relativi alle risposte ottenute su questa domanda.

Grafico 7: Come i pazienti hanno risposto alla quarta domanda del questionario, grafico a colonne.

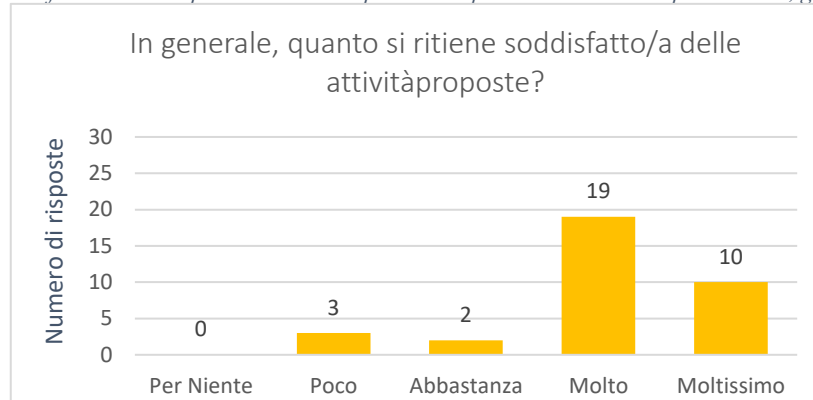


Grafico 8: Come i pazienti hanno risposto alla quarta domanda del questionario, grafico a torta.



4.2.2. Correlazione tra le domande

Per quanto riguarda la correlazione tra i dati circa la partecipazione alle attività e il grado di utilità percepito, si può ritrovare qui sotto una tabella (Tabella 6) che contiene i dati raccolti, provenienti dalle risposte ottenute nelle domande “Ha partecipato all’attività di gruppo sulla psicoeducazione?” e “Quanto le è stato utile partecipare?”.

Tabella 6: Correlazione tra le risposte ottenute dalla domanda sulla partecipazione e sul grado di utilità percepito dai pazienti.

PARTECIPAZIONE	UTILITÀ PERCEPITA				
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Solo una volta	0	1	4	0	1
Almeno due giorni a settimana	0	0	1	3	0
Almeno tre giorni a settimana	0	0	2	8	1
Tutti i giorni	0	0	3	7	3

Emerge come i valori delle opzioni “molto” e “moltissimo” siano maggiori nei pazienti che abbiano risposto con le opzioni che indicano una maggiore partecipazione, alla domanda “Ha partecipato all’attività sulla psicoeducazione?”. L’item “abbastanza” invece è stato selezionato da pazienti che hanno risposto in modalità diverse alla domanda sulla partecipazione. In particolare, il 40% delle risposte ottenute è stato dato da pazienti che avevano risposto con “solo una volta” alla domanda sulla partecipazione, il 30% da pazienti che hanno risposto con “tutti i giorni”, il 20% dai pazienti che hanno scelto l’opzione “due volte a settimana” e il 10% da un paziente che ha selezionato l’item “almeno due giorni a settimana”.

Per quanto riguarda invece la correlazione tra i dati circa la partecipazione alle attività e il grado di soddisfazione percepito dai pazienti, si può ritrovare qui sotto una tabella (Tabella 7) che contiene i dati raccolti, sulle domande “Ha partecipato all’attività di gruppo sulla psicoeducazione?” e “In generale, quanto si ritiene soddisfatto/a delle attività proposte?”

Tabella 7: Correlazione tra le risposte ottenute dalla domanda sulla partecipazione e sul grado di soddisfazione percepito dai pazienti

PARTECIPAZIONE	SODDISFAZIONE PERCEPITA				
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Solo una volta	0	1	0	4	1
Almeno due giorni a settimana	0	0	0	4	0
Almeno tre giorni a settimana	0	0	2	8	1
Tutti i giorni	0	2	0	3	8

Emerge come i valori dell’opzione “molto” sia stato selezionato da pazienti con diverse risposte sulla partecipazione. Il 42% delle risposte ottenute in questo item (cioè 8 risposte) provengono da pazienti che hanno selezionato l’opzione “almeno tre giorni alla settimana” nella domanda sulla partecipazione, sono poi a parimerito le 4 risposte per pazienti che hanno risposto con “almeno due giorni alla settimana” e “solo una volta”, mentre il valore più basso corrisponde a 3, per i pazienti che hanno selezionato di aver partecipato “tutti i giorni” all’attività. La differenza massima si ha per l’item “moltissimo”, che è stato selezionato all’80% dai pazienti che hanno risposto di aver partecipato “tutti i giorni” all’attività, mentre il restante 20% proviene da un paziente

che ha risposto con l'opzione "almeno tre giorni a settimana" alla domanda sulla partecipazione, e da un paziente che ha risposto con "solo una volta" alla medesima domanda.

4.3. Analisi della partecipazione e del raggiungimento degli obiettivi

Per tenere traccia di quali fossero i pazienti partecipanti e non partecipanti alle attività di gruppo, e chi dei pazienti partecipanti raggiungesse gli obiettivi per ogni incontro (illustrati al capitolo 3), ho creato un apposito file Excel, che compilavo al termine di ogni incontro svolto. Il file è organizzato come si può vedere nella tabella 4, nel capitolo 3. Tale pattern si ripeteva per ogni incontro fatto, e ponendo uno spazio di qualche riga al termine di ogni settimana. Si menziona che ho utilizzato quattro diverse diciture nella compilazione di questo file, per distinguere le diverse modalità di raggiungimento degli obiettivi e di partecipazione: la prima consiste in "si" e corrisponde ai pazienti che hanno partecipato e raggiunto gli obiettivi, "no" per i pazienti che hanno partecipato e non raggiunto gli obiettivi, "NP" per i pazienti che non hanno partecipato all'attività e "\" per i pazienti non ancora ricoverati durante lo svolgimento di quel preciso incontro, ma che sono stati ricoverati in seguito, in quella settimana. È stato necessario mantenere quest'ultima dicitura, in quanto la struttura della tabella riporta solo nella prima riga, riferita a tutti i moduli condotti nella settimana, le iniziali di nome e cognome dei pazienti che sono stati ricoverati nella settimana e che al suo termine rientrano in una delle altre tre categorie. Di seguito illustrerò prima le modalità di analisi dei dati sulla partecipazione, e successivamente l'analisi dei dati sul raggiungimento degli obiettivi.

4.3.1. Analisi della partecipazione

Per analizzare quantitativamente quanti pazienti hanno partecipato e non ad ogni singolo incontro, ho utilizzato diverse funzioni statistiche presenti in Excel, come ad esempio: la funzione `CONTA.VALORI`, la funzione `CONTA.PIU.SE` e la funzione `CONTA.SE`. Innanzitutto, per avere un risultato numerico di quanti pazienti potessero essere considerati nel gruppo dei pazienti partecipanti o non partecipanti, ho calcolato quanti fossero i ricoverati ad ogni incontro svolto. Per fare ciò ho utilizzato la funzione `CONTA.SE`, ponendo come intervallo della funzione le celle coincidenti con la prima riga in cui ci fossero delle informazioni riguardanti la partecipazione o la non partecipazione dei pazienti a quell'incontro, e coincidenti con l'intervallo di colonne corrispondenti alle iniziali dei pazienti ricoverati in quella settimana. Il criterio invece era "si", "no" e "NP", pertanto veniva svolta una somma di `CONTA.SE`, contenente

l'intervallo precedentemente descritto e come criterio uno dei criteri indicati per ogni CONTA.SE presente nella somma. Quindi la formula utilizzata è la seguente (riporto un esempio):

=CONTA.SE(B4:N4;"NP")+CONTA.SE(B4:N4;"si")+CONTA.SE(B4:N4;"no").

Successivamente, per determinare quanti fossero i pazienti partecipanti all'incontro, ho utilizzato la funzione CONTA.VALORI, che permette di ottenere il numero di celle che contiene un qualsiasi valore, nell'intervallo di celle selezionato. L'intervallo in questione contiene i valori relativi al raggiungimento degli obiettivi (ne spiegherò il calcolo in un secondo momento). Selezionando questo intervallo e questi valori, si includono anche i pazienti che hanno partecipato ad una sola parte dell'incontro, e che quindi hanno lasciato l'incontro o prima del suo termine o si sono uniti successivamente, oltre che i pazienti partecipanti dall'inizio alla fine.

Per calcolare invece quanti fossero i pazienti non partecipanti all'incontro, sottraevo dal numero dei pazienti ricoverati, il numero di pazienti partecipanti al gruppo. La formula utilizzata pertanto era: =cella contenete il numero di pazienti ricoverati-cella contenete il numero dei pazienti partecipanti.

Una volta fatto ciò, ho calcolato la percentuale dei partecipanti e la percentuale dei non partecipanti, con le seguenti formule: =cella con il numero di pazienti non partecipanti/cella con il numero di pazienti ricoverati e =cella con il numero di pazienti partecipanti/cella con il numero di pazienti ricoverati, il cui numero veniva poi trasformato in valore percentuale con l'apposito comando del software. Con la prima formula si ottiene la percentuale dei pazienti non partecipanti, e con la seconda la percentuale dei pazienti partecipanti, relative ad ogni singolo incontro.

Tutte queste operazioni sono state svolte per ogni singolo incontro condotto, modificando l'intervallo della funzione, ma non i criteri.

Successivamente ho creato diverse tabelle pivot, per capire quanti fossero i pazienti partecipanti e non partecipanti a tutte le conduzioni, fatte per ogni tipologia di modulo, oltre che per capire quali fossero i moduli costanti ed opzionali aventi il maggior numero di partecipazioni e di non partecipazioni, e per determinare quale fosse la media, in percentuale, della partecipazione e della non partecipazione agli incontri.

La prima tabella pivot è basata sull'intervallo di celle contenenti le informazioni precedentemente descritte sul numero di pazienti partecipanti e non partecipanti agli incontri. Ho inserito nella sezione "righe" i valori categoriali relativi alla variabile "moduli", di modo da ottenere dei dati relativi alla partecipazione e non partecipazione per ogni tipologia di modulo, e nella sezione "valori" ho inserito i dati relativi al

numero di pazienti partecipanti e non per ogni modulo condotto, riepilogando questo campo in valore somma.

La tabella risultante contiene nella prima colonna i diversi valori categoriali della variabile “moduli costanti”, nella seconda colonna il numero di partecipazioni totali (quindi la somma delle partecipazioni avute ogni volta che quel modulo è stato condotto), e nella terza ed ultima colonna, il numero di non partecipazioni totale (quindi la somma delle non partecipazioni avute ogni volta che quel modulo è stato condotto). Da questa tabella pivot è stato poi ottenuto un grafico a colonne, in quanto la variabile dei moduli costanti è una variabile categorica. L’operazione di creazione della tabella pivot e del relativo grafico, è stata poi ripetuta inserendo i moduli opzionali condotti, al posto dei moduli costanti.

Per ottenere invece quale fosse la media delle partecipazioni e non partecipazione sulla conduzione di tutti i moduli, ho creato un’altra tabella pivot. In questo caso, ho inserito ancora i valori categoriali relativi alla variabile “moduli” nella sezione “righe”, questa volta includendo anche i moduli opzionali. Ho inserito invece nel campo valori, e quindi nelle colonne, le percentuali della partecipazione e non partecipazione, ottenute nella modalità precedentemente spiegata, riepilogando questi due campi con in valore “media”. Questo mi ha permesso di avere dei dati numerici che indicano la media della percentuale di partecipazione e non partecipazione, specifica per tutte le conduzioni di ogni tipologia di modulo, oltre che la media della percentuale di partecipazione e non partecipazione totale a tutti gli incontri svolti.

4.3.2. Analisi del raggiungimento degli obiettivi

Per quanto riguarda invece l’analisi circa il raggiungimento degli obiettivi, ho utilizzato le formule `CONTA.SE` e `CONTA.VALORI` che mi hanno permesso di avere un valore numerico e percentuale di raggiungimento degli obiettivi, per ogni paziente partecipante ai vari incontri. Pertanto le variabili considerate sono la partecipazione all’incontro e il numero massimo possibile di raggiungimento degli obiettivi per ogni modulo. Come già illustrato precedentemente, la partecipazione o non partecipazione è stata definita mediante le voci “si” e “no”, mentre si ricorda che gli obiettivi raggiungibili per ogni modulo sono stati elencati nella tabella 3. Per calcolare il valore numerico che indica quanti obiettivi sono stati raggiunti da ogni paziente partecipante ad ogni incontro, è stata utilizzata la seguente formula: $=\text{CONTA.SE}/\text{CONTA.VALORI}$. L’intervallo considerato nella formula `CONTA.SE` è quello che comprende le celle contenenti la dicitura “si” o “no”, che indicano se il

paziente ha raggiunto l'obiettivo che è scritto nella riga corrispondente, il criterio invece inserito nella formula è "si". Pertanto il risultato ottenuto da questa formula corrisponde al numero di "si" e quindi di obiettivi raggiunti dal paziente, che ha partecipato all'incontro. Questo valore viene rapportato al totale di obiettivi raggiungibili per quel modulo, dato dalla formula `CONTA.VALORI`, se si pone come intervallo le celle in cui sono scritti gli obiettivi del modulo. Il risultato quindi ottenuto con la formula `=CONTA.SE/CONTA.VALORI`, è il rapporto tra gli obiettivi raggiunti, sul totale degli obiettivi raggiungibili. Dopo aver determinato quanti obiettivi sono stati raggiunti da tutti i partecipanti a tutti i moduli condotti, ho determinato quali fossero le possibili percentuali di raggiungimento.

Per fare ciò, inizialmente ho determinato quale fosse il numero di obiettivi totale per ogni modulo, utilizzando la funzione statistica `CONTA.VALORI`, ponendo come intervallo le celle in cui sono scritti gli obiettivi del modulo. Gli altri valori numerici, sono stati calcolati sottraendo ogni volta 1 al risultato ottenuto (dato che i numeri che era possibile ottenere sono numeri interi e non decimali), fino ad ottenere 0. Quindi ad esempio nel caso dei moduli in cui si possono raggiungere massimo tre obiettivi, si possono raggiungere anche due obiettivi, un obiettivo o zero obiettivi; mentre per i moduli in cui si possono raggiungere massimo due obiettivi, si possono raggiungere anche un obiettivo o zero obiettivi. Per determinare tale valore in percentuale, ho utilizzato la seguente formula: `=cella contenente il numero massimo di obiettivi raggiungibili/CONTA.VALORI(l'intervallo contiene le celle con gli obiettivi)`, `=cella contenente altri valori di obiettivi raggiungibili/CONTA.VALORI(l'intervallo contiene le celle con gli obiettivi)`. In particolare quest'ultima formula è stata ripetuta per tutti i valori possibili individuati. Tutti i risultati ottenute dalle due formule sono stati poi convertiti in valore percentuale. È emerso che i valori percentuali possibili sono: 100%, 67%, 33% e 0% per i moduli con massimo 3 obiettivi raggiungibili, e 100%, 50% e 0% per i moduli con massimo 2 obiettivi raggiungibili.

Tutti questi valori (valori numerici degli obiettivi raggiungibili e rapporto sul totale in percentuale) sono stati immessi in celle laterali alla griglia contenente i dati sulla partecipazione e raggiungimento degli obiettivi dei pazienti, nel modo indicato dalla tabella sottostante (Tabella 8).

Tabella 8: tabella sui valori numerici degli obiettivi raggiungibili e rapporto sul totale in percentuale, per moduli con massimo 3 obiettivi raggiungibili.

Valori possibili	% possibili del totale	Numero di pazienti che ha raggiunto la %
3	100%	
2	67%	
1	33%	
0	0%	

Come si può vedere, lateralmente veniva inserito il risultato dei pazienti che avessero raggiunto la percentuale in questione, calcolato con le funzioni statistiche CONTA.SE e CONTA.PIU.SE. La prima serve per conteggiare quanti pazienti hanno ottenuto il 100% e 0% degli obiettivi, inserendo come intervallo tutte le celle contenenti il valore numerico degli obiettivi raggiunti da ogni paziente, e come criterio veniva inserito 1 per ottenere quanti pazienti avessero raggiunto il 100% e il criterio 0 per ottenere il numero di pazienti che avessero raggiunto lo 0% degli obiettivi. Ho usato la funzione CONTA.PIU.SE per ottenere quanti pazienti avessero raggiunto valori compresi tra il 100% e lo 0%, nello stesso intervallo specificato prima. Questa volta i criteri inseriti erano i seguenti:

- $>0,49$ (criterio 1) ma <1 (criterio 2) per i valori percentuali di 67% e 50%;
- $<0,49$ (criterio 1) ma >0 (criterio 2) per il valore percentuale di 33%;

Infine, per riassumere e confrontare i dati ottenuti sul raggiungimento degli obiettivi, ho creato due tipologie di tabelle pivot.

La prima, creata per ogni tipo di modulo condotto, illustra quanti sono i pazienti che hanno raggiunto i diversi numeri di obiettivi in valore percentuale, sul totale degli incontri condotti per ogni tipo di modulo. Contiene le variabili “modulo” e “% possibili” nel campo “righe”, selezionando però un solo modulo per tabella, e nel campo “valore” contiene il numero di pazienti partecipanti che hanno raggiunto tale percentuale, riepilogato con il valore somma.

La seconda tabella pivot indica in quanti casi siano state raggiunte le varie percentuali di raggiungimento degli obiettivi, considerando tutte le tipologie di modulo condotte. Contiene le variabili “% possibili” e “modulo” nel campo “righe”, selezionando tutti i moduli svolti, e nel campo “valore” contiene il numero di pazienti partecipanti che hanno raggiunto tale percentuale, riepilogato con il valore somma.

4.4. Risultati della partecipazione e del raggiungimento degli obiettivi

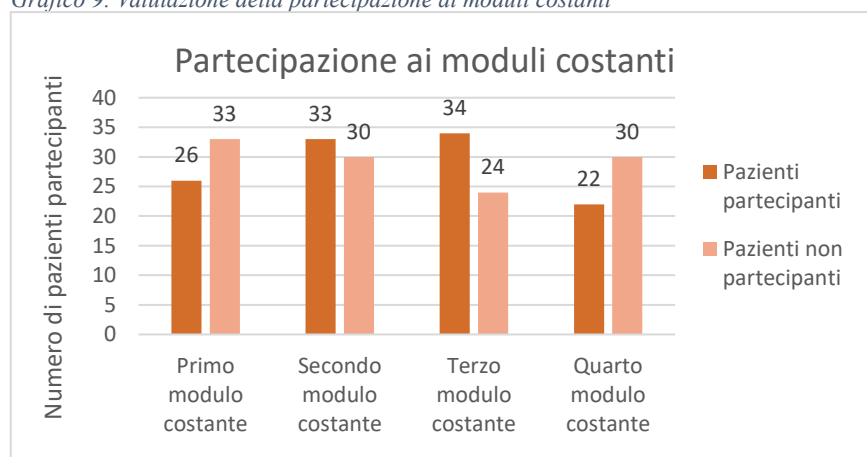
Prima di illustrare i risultati ottenuti dell’analisi dei dati sulla partecipazione, specifico

che i moduli costanti sono stati svolti tutti quanto in totale cinque volte, mentre i moduli opzionali che sono stati condotti nelle cinque settimane di indagine sono: il modulo opzionale “Segni precoci di crisi” che è stato condotto due volte, e il modulo opzionale “Benessere fisico: alimentazione e attività motoria” è stato condotto una sola volta. Inoltre, dei 34 pazienti ricoverati che hanno partecipato alle attività di gruppo, molti hanno partecipato più volte alla conduzione di una stessa tipologia di modulo, quindi nei dati che illustrerò di seguito sono state considerate anche queste multiple partecipazioni alla conduzione di una stessa tipologia di modulo. Non solo, alcuni di questi pazienti, partecipando più volte alla conduzione di uno stesso modulo hanno espresso i propri vissuti e punti di vista in modo sempre più consapevole e talvolta raggiungendo anche un maggior numero di obiettivi.

4.4.1. Risultati della partecipazione

Dalla tabella pivot contenente i dati sul numero di partecipanti e non partecipanti, è emerso che: ci sono state 26 partecipazioni e 33 non partecipazioni agli incontri del primo modulo costante, ci sono state 33 partecipazioni e 30 non partecipazioni agli incontri del secondo modulo costante, ci sono state 34 partecipazioni e 24 non partecipazioni agli incontri del terzo modulo costante, 22 partecipazioni e 30 non partecipazioni agli incontri del quarto modulo costante. Riporto il grafico contenente tali informazioni (Grafico 9). Quindi il modulo in cui ci sono stati più partecipanti è il terzo modulo costante, a seguire il secondo modulo costante, il primo modulo costante e infine il quarto.

Grafico 9: Valutazione della partecipazione ai moduli costanti



Invece, ci sono state 14 partecipazioni e 10 non partecipazioni alle due conduzioni del modulo opzionale “Segni Precoci di crisi”, mentre alla conduzione del modulo opzionale “Benessere fisico: alimentazione e attività motoria” hanno partecipato 6 pazienti e non hanno partecipato invece 5 pazienti.

Dalla tabella pivot contenente l'elaborazione dei dati sulla partecipazione riportati al totale dei pazienti ricoverati ed espressi in valore percentuale, emerge che in generale la media dei valori percentuali del rapporto tra i partecipanti e i pazienti ricoverati, si discosta poco dalla media dei valori percentuali del rapporto tra i non partecipanti e i pazienti ricoverati: il primo è pari al 50,4% mentre il secondo è pari al 49,6%. Tale aspetto si nota, anche se in maniera meno evidente, anche per quanto riguarda le medie di questi suddivise per i diversi moduli condotti, che si possono notare nella tabella sottostante (Tabella 9):

Tabella 9: media dei valori percentuali di partecipazione e non partecipazione ai moduli.

Moduli	Media delle % partecipazione	Media delle % non partecipazione
Primo modulo costante	44%	56%
Secondo modulo costante	51%	49%
Terzo modulo costante	60%	40%
Quarto modulo costante	43%	57%
Segni precoci di crisi	58%	42%
Benessere ed alimentazione	55%	45%
Totale complessivo	50,4%	49,6%

4.4.2. Risultati degli obiettivi

Per quanto riguarda invece l'analisi dei dati concernenti il raggiungimento degli obiettivi per le conduzioni di ogni modulo costante ed opzionale, elencherò di seguito i risultati ottenuti. Al primo modulo costante sono state registrate 26 partecipazioni, di queste 20 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, 4 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 67% degli obiettivi, il 33% e lo 0% sono stati raggiunti da una sola partecipazione. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 20, e di conseguenza al 77% del totale. Riporto di seguito il grafico a colonne, che contiene le informazioni di quanto ho descritto (Grafico 10).

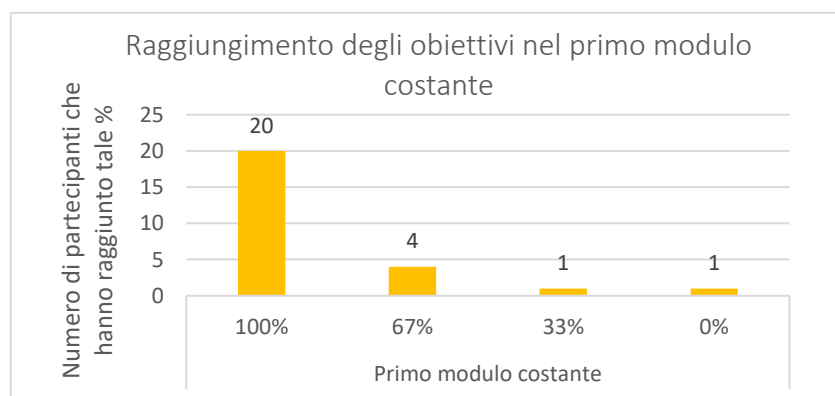
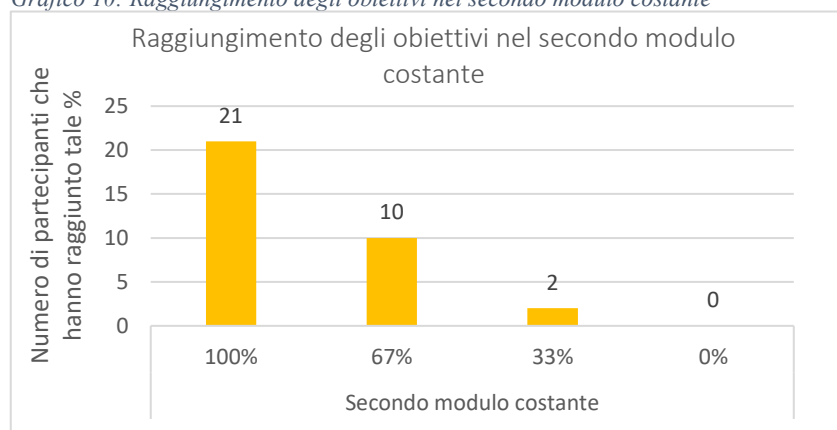


Grafico 10: Raggiungimento degli obiettivi nel primo modulo costante

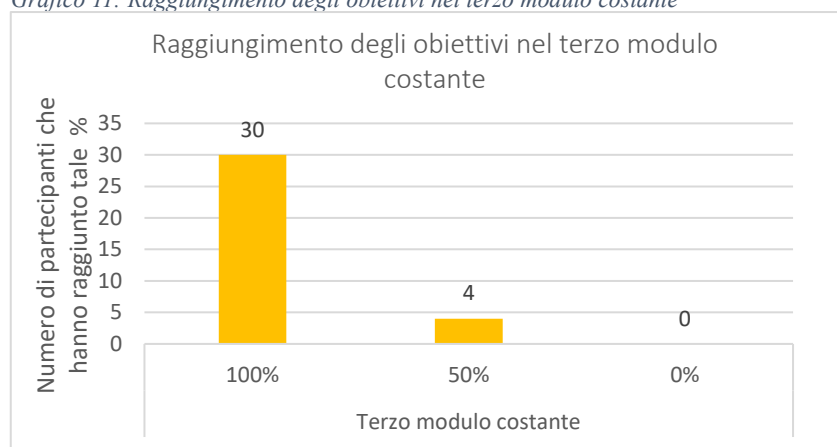
Al secondo modulo costante sono state registrate 33 partecipazioni, di queste 21 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, 10 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 67% degli obiettivi, il 33% è stato raggiunto da 2 partecipanti, mentre lo 0% non è mai stato raggiunto. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 21, e di conseguenza al 64% del totale. Riporto di seguito il relativo grafico a colonne (Grafico 11).

Grafico 10: Raggiungimento degli obiettivi nel secondo modulo costante



Al terzo modulo costante sono state registrate 34 partecipazioni, di queste 30 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, 4 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 50% degli obiettivi, infine lo 0% non è mai stato raggiunto. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 30, e di conseguenza all' 88% del totale. Quindi questo modulo è il modulo con il maggiore numero di partecipazioni e con il maggior numero di partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi. Riporto di seguito il relativo grafico a colonne (Grafico 12).

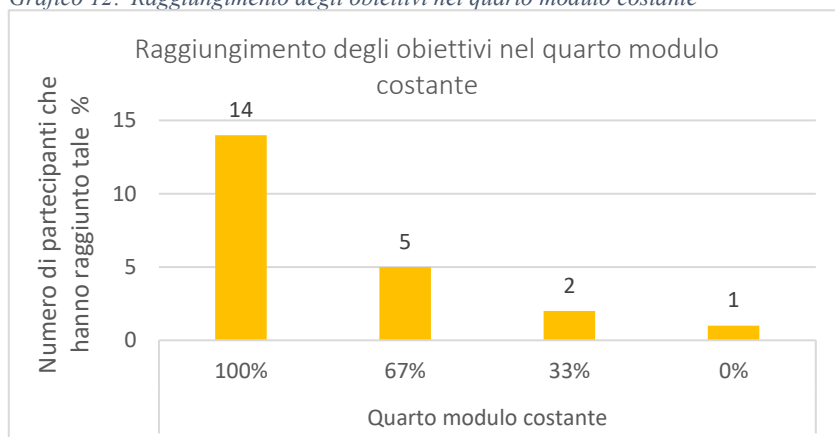
Grafico 11: Raggiungimento degli obiettivi nel terzo modulo costante



Nel quarto modulo costante sono state registrate 22 partecipazioni, di queste 14 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, 5 riguardano

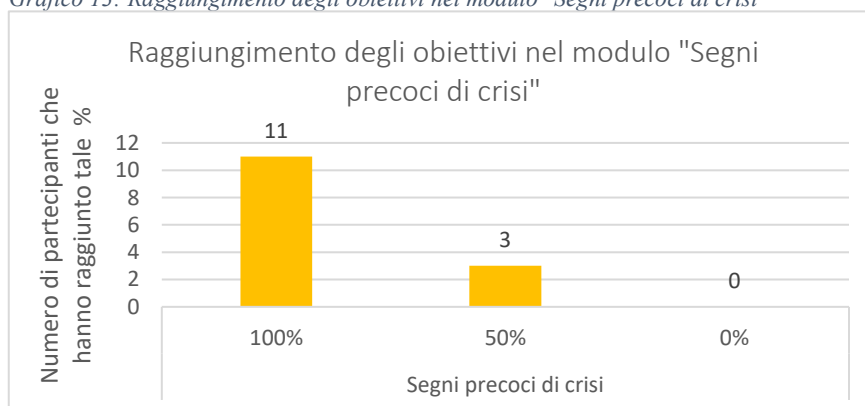
partecipanti che hanno raggiunto il 67% degli obiettivi, il 33% è stato raggiunto da 2 partecipanti, mentre lo 0% è stato raggiunto da un partecipante. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 14, e di conseguenza al 64% del totale. Riporto di seguito il relativo grafico a colonne (Grafico 13).

Grafico 12: Raggiungimento degli obiettivi nel quarto modulo costante



Nel modulo opzionale “Segni precoci di crisi” sono state registrate 14 partecipazioni nelle due conduzioni, di queste 11 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, 3 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 50% degli obiettivi, infine lo 0% non è mai stato raggiunto. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 11, e di conseguenza all’ 79% del totale. Riporto di seguito il grafico con le informazioni appena descritte (Grafico 14).

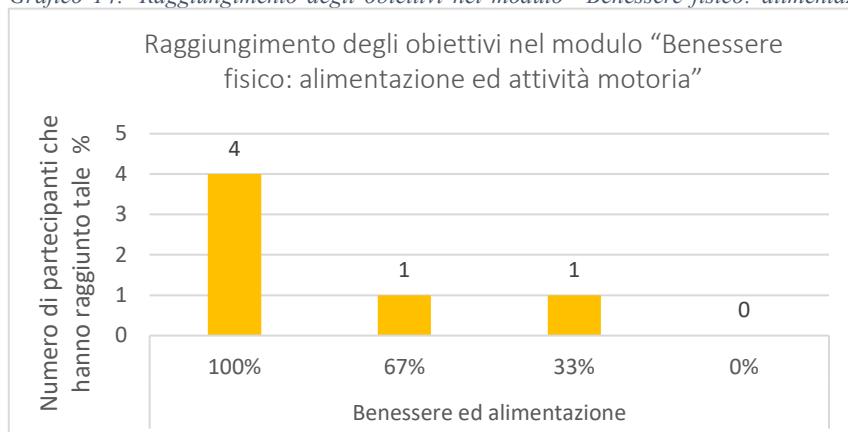
Grafico 13: Raggiungimento degli obiettivi nel modulo "Segni precoci di crisi"



Nel modulo opzionale “Benessere fisico: alimentazione ed attività motoria” sono state registrate 6 partecipazioni all’unico incontro condotto, di queste 4 riguardano partecipanti che hanno raggiunto il 100% degli obiettivi, il 67% e il 33% degli obiettivi sono stati entrambi raggiunti da un partecipante, lo 0% non è stato raggiunto. Il valore 100% della variabile considerata è quello con il valore numerico più alto, pari a 4, e di

conseguenza al 67% del totale. Riporto di seguito il relativo grafico a colonne (Grafico 15).

Grafico 14: Raggiungimento degli obiettivi nel modulo “Benessere fisico: alimentazione ed attività motoria”



Tramite un'ulteriore tabella pivot ho determinato da quanti partecipanti sono state raggiunte le diverse percentuali di raggiungimento degli obiettivi, sul totale degli incontri e dei moduli condotti. È emerso che su 135 partecipanti ai vari moduli (ribadisco che più pazienti hanno partecipato alla conduzione di uno stesso tipo di modulo), in 100 hanno raggiunto il 100% degli obiettivi previsti per quel modulo, 20 partecipanti hanno raggiunto il 67% degli obiettivi nei moduli in cui è possibile raggiungere tre obiettivi, 7 partecipanti hanno raggiunto il 50% % degli obiettivi nei moduli in cui è possibile raggiungere due obiettivi, 6 pazienti hanno raggiunto il 33% degli obiettivi nei moduli in cui è possibile raggiungere tre obiettivi, infine solo due pazienti non hanno raggiunto alcun obiettivo, ovvero lo 0% degli obiettivi. Riporto di seguito una tabella (Tabella 10) in cui si riassume quanti siano i partecipanti ad aver raggiunto le varie percentuali possibili, divisi per tipologia di modulo.

Tabella 10: Partecipanti che hanno raggiunto le varie percentuali possibili, divisi per tipologia di modulo.

Percentuali raggiungibili	Pazienti partecipanti che hanno raggiunto tale percentuale
100%	100
Primo modulo costante	20
Secondo modulo costante	21
Terzo modulo costante	30
Quarto modulo costante	14
Segni precoci di crisi	11
Benessere ed alimentazione	4
67%	20
Primo modulo costante	4
Secondo modulo costante	10
Quarto modulo costante	5
Benessere ed alimentazione	1
50%	7
Terzo modulo costante	4
Segni precoci di crisi	3
33%	6
Primo modulo costante	1
Secondo modulo costante	2
Quarto modulo costante	2
Benessere ed alimentazione	1
0%	2
Primo modulo costante	1
Secondo modulo costante	0
Terzo modulo costante	0
Quarto modulo costante	1
Segni precoci di crisi	0
Benessere ed alimentazione	0
Totale complessivo	135

4.5. Osservazione dei parametri

Oltre all'analisi dei dati sul questionario di soddisfazione sulle attività di gruppo, dei dati sulla partecipazione e sul raggiungimento degli obiettivi previsti nei vari moduli costanti ed opzionali, sono stati osservati anche altri parametri, comprendendo anche i pazienti non partecipanti alle attività di gruppo.

I parametri in questione sono: data di ingresso e dimissione, motivo del ricovero, età, numero di terapie farmacologiche al bisogno assunte nell'arco della giornata, il numero di rifiuti dell'assunzione della terapia farmacologica prescritta, il numero di comportamenti aggressivi messi in atto, il numero di contenzioni meccaniche effettuate, se è presente o meno l'alterazione del riposo notturno, dell'alimentazione, il numero di volte in cui il paziente ha partecipato alle attività proposte (non solo gli incontri di gruppo basati sull'ICCG di Veltro ed integrati con gli elaborati espressivi) e il supporto sociale ricevuto (osservando le visite ricevute da figure di riferimento e

da altre persone, e se i pazienti avessero a disposizione gli effetti personali e beni di necessità, che dovevano essere procurati dai familiari o altre figure di riferimento). Tutti questi dati sono stati osservati e registrati in un apposito foglio Excel, suddiviso nelle cinque settimane in cui è stata svolta la raccolta dati. Per ogni settimana, la tabella è stata strutturata al seguente modo:

- Prima riga: data di inizio e fine della settimana, dal lunedì al venerdì.
- Seconda riga: iniziali di nome e cognome dei pazienti ricoverati.
- Prima colonna: parametri precedentemente elencati.
- Colonne successive: numeri o sigle indicative dell'andamento del paziente nella settimana, in base ai parametri, indicati nella cella che interseca il parametro in questione (colonna) e le iniziali del paziente a cui ci si sta riferendo (riga).

I valori sono stati inseriti a mano, basandosi su quanto registrato nella cartella clinica del paziente, nella relativa modulistica presente in reparto, e mediante l'osservazione diretta del paziente, durante la sua permanenza in reparto, dal lunedì al venerdì (ovvero giorni in cui ero effettivamente presente in reparto). Sono stati utilizzati principalmente valori numerici, a parte per i parametri relativi al motivo di ingresso (che è stato scritto per esteso), la presenza di alterazioni del riposo notturno e dell'alimentazione, per determinare se i familiari portassero al partente ricoverato i beni di cui aveva necessità sono stati misurati con le diciture "sì" e "no". Di seguito riporterò gli aspetti più salienti di questa osservazione, specifico che il totale dei pazienti osservati è pari a 50, di cui tre pazienti riammessi nel corso delle cinque settimane in cui si è verificata l'osservazione. Questi pazienti sono stati ricoverati in media per 15 giorni. L'età media dei pazienti ricoverati in quel periodo è pari a 41,52 anni, e questo valore non si discosta molto dalle medie dell'età calcolate per ogni settimana. Per quanto riguarda invece il motivo di ingresso, è emerso che la maggior parte dei pazienti è stata ricoverata per scompenso psicotico, e per scompenso psicotico causato da THC, a seguire per ideazione suicidaria o tentato suicidio, e da episodi maniacali. Altri motivi di ingresso sono stati per: abuso alcolico e di sostanze di addiction, per episodi di agitazione psicomotoria, per presenza di umore depresso, di eccessiva ansia infine per disturbi correlati ad eventi traumatici o stressanti.

Di questi, i pazienti con un maggiore numero di partecipazioni alle attività proposte in reparto, sono i pazienti che sono stati ricoverati per uno scompenso psicotico, a seguire i pazienti ricoverati per ideazione suicidaria o per tentato suicidio, a parimerito con

pazienti aventi un quadro di umore di tipo maniacale o depresso.

Per quanto riguarda invece le terapie farmacologiche assunte al bisogno, è emerso che la maggior parte di esse (il 67%) è stata assunta nella fascia oraria compresa tra le 22 e le 8 del mattino, prevalentemente per alterazioni del riposo notturno. Il restante 33% è stato somministrato tra le 8 del mattino e le 22, in totale ad 8 dei 50 pazienti ricoverati. Si sono verificati poi 11 episodi di rifiuto della terapia farmacologica prescritta, circa una decina di contenzioni meccaniche effettuate e meno di cinque episodi di comportamenti aggressivi verso se e gli altri. La maggior parte dei pazienti non hanno riscontrato alterazioni nell'appetito (aumento o diminuzione), e la maggior parte dei pazienti non ha avuto alterazioni nel riposo notturno. La maggior parte dei pazienti non riceveva visite durante la settimana, ma queste avvenivano soprattutto nel weekend e da parte di figure di riferimento. Nonostante ciò, salvo alcuni casi, i pazienti generalmente avevano sempre a disposizione i beni e gli oggetti di cui avevano necessità.

5. CONCLUSIONI

Lo scopo di questo progetto è quello di esaminare se la figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, inserita nell'equipe del SPDC, può avere un ruolo nel supportare il paziente nel comprendere e valorizzare la sua esperienza di ricovero. Dalla ricerca bibliografica si nota che il ricovero presso il SPDC si verifica quanto le capacità di fronteggiamento degli eventi stressanti possedute dai pazienti, sono insufficienti per far fronte a degli eventi che stanno causando un eccessivo stress (10). Di conseguenza si determina il quadro di acuzie psicopatologica, che generalmente rientra dopo gli interventi medico-assistenziali e riabilitativi che vengono erogati presso il SPDC.

L'esperienza del ricovero però può essere vissuta negativamente dal paziente, poiché associata ad ansia, stress (11), difficoltà emotive e psicologiche, dovute sia alla diminuzione della privacy, al cambiamento della propria routine, all'allontanamento dal nucleo familiare (12), inoltre questa esperienza può essere associata anche a possibili vissuti di punizione, di rabbia e di senso di colpa (13). Nonostante ciò, il periodo di crisi viene considerato da alcuni autori come un'esperienza di crescita personale (10). Pertanto ho ritenuto importante indagare come la figura del TeRP potesse supportare il paziente in questa fase delicata, rendendolo consapevole della situazione in cui si trova e quali possano essere le strategie per migliorarla (13). Questo può essere fatto mediante la conduzione di attività di gruppo, lo svolgimento di

colloqui individuali con il paziente, mediante la somministrazione di scale di valutazione sul funzionamento, ma soprattutto tramite la costruzione di una relazione terapeutica, fondamentale per mantenere la compliance del paziente al trattamento e al percorso di *recovery* e di presa in carico nei servizi territoriali.

In particolare in questo elaborato è stato indagato come la conduzione delle attività di gruppo, possa avere un ruolo terapeutico e di valorizzazione dell'esperienza di ricovero. Esse infatti permettono di: aumentare la *social cognition* del paziente, necessaria per mantenere una buona aderenza al trattamento (30), di migliorare il clima del reparto (34), di creare una buona relazione terapeutica. Inoltre, lo stesso stare insieme ha una funzione terapeutica poiché permette di ridurre la solitudine, stimola il confronto, la collaborazione (31) ed attiva alcune delle life skills (32).

Le attività terapeutico-riabilitative prese in considerazione nello studio sono: *L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo in SPDC* (34), elaborato da Veltro et al., e l'approccio dell'*Acceptance and Commitment Therapy* elaborato da Hayes et al. (46), entrambe *evidence based* e con uno stampo cognitivo-comportamentale. L'ICCG di Veltro è stato considerato per le evidenze raccolte nel periodo del suo studio e di follow-up, in particolare per come questo protocollo permetta di aumentare la compliance al trattamento, ridurre le riacutizzazioni e i TSO, e di migliorare la gestione e la percezione del clima del reparto (40). Inoltre questo intervento tratta con un approccio psicoeducativo delle tematiche volte al far comprendere al paziente il motivo del ricovero, come questo sia determinato dall'impossibilità di fronteggiare gli eventi stressanti, oltre che argomenti legati allo stigma, all'assunzione della terapia farmacologica prescritta, e sulla sintomatologia dei vari disturbi psichiatrici, eccetera. L'approccio ACT è invece stato considerato per la base teorica secondo cui il dolore è sempre presente nella vita umana, ma l'essere umano cerca di controllarlo ed evitarlo, usando i processi di linguaggio e di problem solving, che utilizza generalmente per gestire le relazioni con il mondo esterno. Questo però genera sofferenza, poiché le esperienze dolorose non possono essere evitate o controllate. Invece, secondo l'approccio ACT, per mentalizzare ed elaborare al meglio le esperienze e vissuti che causano sofferenza, è necessario estendere il concetto e i processi di "linguaggio" a tutte le "attività simboliche" che l'umano può mettere in atto, quindi senza soffermarsi al solo linguaggio verbale, e mettendo in atto azioni che siano in linea con i propri valori, cioè ciò che è importante per la persona. Di conseguenza il protocollo dell'ICCG e l'approccio ACT sono stati integrati tra di loro mediante degli elaborati espressivi, costruiti sulla base delle tecniche e strumenti utilizzati nell'approccio ACT,

quali: la metafora, il gioco, la facilitazione visiva, il fornire diverse modalità per raccontare la propria esperienza, cioè mediante le diverse “attività simboliche” che caratterizzano il linguaggio, inteso in ottica ACT.

Questo processo di integrazione è stato realizzato con il supporto delle schede tecniche, che permettono di rendere fruibili e maggiormente comprensibili le istruzioni per realizzare gli elaborati e per condurre questi incontri.

La conduzione degli incontri basati sull’ICCG di Veltro ed integrati con gli elaborati espressivi è stata svolta per cinque settimane, da giugno 2023 alla prima settimana di agosto 2023, presso il SPDC dell’Ospedale San Bassiano, afferente all’ULSS7. I moduli dell’ICCG di Veltro condotti sono stati: il primo, secondo, terzo e quarto modulo costante per cinque volte, mentre i moduli opzionali condotti sono stati “Segni precoci di crisi” (due conduzioni) e “Benessere fisico: alimentazione e attività motoria” (una sola volta). Gli allegati espressivi sono stati creati per tutti questi moduli, oltre che per i moduli opzionali di “Comprendere e gestire le emozioni” e “Dimissione: obiettivo individuale alla dimissione”, che però non sono stati condotti nel periodo di indagine. Tutti i pazienti ricoverati venivano invitati a partecipare alle attività, anche grazie alla brochure che veniva consegnata all’inizio della degenza. Oltre alla conduzione sono stati raccolti dei dati, circa la partecipazione e non agli incontri, il raggiungimento degli obiettivi per ogni tipologia di incontro, il grado di utilità e di soddisfazione percepito mediante la somministrazione di un questionario anonimo e cartaceo ai pazienti, infine sono stati osservati alcuni parametri nei pazienti ricoverati in reparto nel periodo di indagine. Dall’analisi di questi dati è emerso che: dei 50 pazienti ricoverati, 34 hanno partecipato agli incontri proposti, spesso anche a più incontri di uno stesso modulo. Questo ha permesso loro sia di aumentare il numero di obiettivi raggiunti, oltre che di condividere maggiormente il loro vissuto e punti di vista. Il numero di partecipazioni non discosta eccessivamente dal numero di non partecipazioni, infatti se queste vengono rapportate al totale di pazienti ricoverati (quindi al totale dei pazienti presenti in reparto in quel momento), per ogni tipologia di incontro condotto, emerge che la media espressa in valore percentuale è di 50,4% per le partecipazioni e di 49,6% per le non partecipazioni. Nonostante ciò, il 74% dei partecipanti agli incontri ha raggiunto il 100% degli obiettivi previsti per ogni modulo, il 15% dei partecipanti ha raggiunto il 67% degli obiettivi, il 5% dei partecipanti ne ha raggiunto il 50%, il 4% dei partecipanti agli incontri ha raggiunto il 33% degli obiettivi previsti, mentre l’1% non ha raggiunto alcun obiettivo nei moduli condotti (cioè un paziente durante la conduzione del primo modulo costante e un paziente nella

conduzione del quarto modulo costante).

Ai 34 pazienti ricoverati, e che hanno partecipato almeno una volta agli incontri proposti è stato somministrato un questionario anonimo e cartaceo sulla soddisfazione per le attività terapeutico-riabilitative proposte. Nel questionario, oltre ad essere indagata la partecipazione, sono stati indagati anche la percezione dell'utilità e della piacevolezza di questi incontri. La maggior parte dei pazienti che ha compilato il questionario ritiene di: aver partecipato "tutti i giorni", che le attività proposte siano state "molto" utili e che si ritiene "molto" soddisfatta delle attività proposte. Inoltre, il grado di utilità e di soddisfazione percepita, nella maggior parte dei casi, aumenta all'aumentare della partecipazione agli incontri.

Infine si è notato che i pazienti che hanno partecipato con più frequenza sono pazienti il cui motivo di ingresso era concernente a: scompenso psicotico, ideazione suicidaria tentativi di suicidio, alterazioni del tono dell'umore nel tono depressivo o maniacale. Non sono state però individuate relazioni statisticamente significative tra l'assunzione della terapia farmacologica al bisogno, il rifiuto della terapia prescritta, la presenza di comportamenti aggressivi e il numero di contenzioni meccaniche effettuate, con la partecipazione alle attività di gruppo.

Un possibile sviluppo futuro di questo progetto potrebbe essere quello di sviluppare degli allegati espressivi per tutti i moduli presenti nel manuale dell'ICCG di Veltro, associati anche ad uno studio più prolungato delle partecipazioni, non partecipazioni, raggiungimento degli obiettivi, ed analizzare anche il follow-up dei pazienti dimessi e presi in carico presso i servizi territoriali, per verificare se è presente o meno una riammissione frequente dei pazienti in reparto.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute. La rete dei servizi per la salute mentale. 2022 [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su:
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
2. Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Services. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su:
https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/task-force-reports/tfr2002_EmergencyCrisis.pdf
3. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. [visitato 12 ottobre 2023] Disponibile su:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3277_allegato.pdf
4. Bollettino Ufficiale della Regione Veneto. 2009 [visitato 12 ottobre 2023]. Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)- (artt. 33 e 34 L.n. 833 del 13.12.1978 e L. n. 180 del 13/5/1978). Disponibile su:
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=214444>
5. Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_573_15_fileAllegatoIntervista.pdf
6. Procedura Aziendale per il ricovero del minore in psichiatria. ULSS7;
7. Piano Attività Integrato- Infermieri/OSS. ULSS7;
8. Procedura aziendale per il paziente con doppia diagnosi. ULSS7;
9. Norcio B. Crisi ed Emergenza in Psichiatria. 2008 [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: https://www.aslcagliari.it/documenti/8_35_20080716100139.pdf
10. Invernizzi G, Bressi C. Manuale di psichiatria e psicologia clinica. 5e ed. Milano: McGraw-Hill Education (Italy) srl; 2017.
11. Gammon. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. Int J Nurs Pract. 1998;4(2):84–96.
12. Psicologia Ospedaliera e del Territorio. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8696691.pdf>
13. PRoMIND. 2021[visitato 12 ottobre 2023]. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e i luoghi della psichiatria: il TeRP nel SPDC. Disponibile su:
<https://www.servizisalutementale.com/post/il-tecnico-della-riabilitazione-psichiatrica-e-i-luoghi-della-psichiatria-il-terp-nel-spdc>
14. Cesare MD, Magliocchetti N, Romanelli M, Santori E. Rapporto Salute Mentale. Ministero della Salute; 2022[visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3282_allegato.pdf

15. National Institute of Mental Health (NIMH). [visitato 12 ottobre 2023]. Mental Illness. Disponibile su: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
16. Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf
17. Bollettino Ufficiale della Regione Veneto. 2008[visitato 12 ottobre 2023]. Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali»). Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=207183>
18. Gazzetta Ufficiale. Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica. 2001[visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/05/19/001G0233/sg>
19. Carozza P. Quotidiano Sanità. [visitato 12 ottobre 2023]. Paola Carozza: “L'organizzazione va ripensata sulla base delle evidenze scientifiche e non solo dei principi o delle ideologie” - Quotidiano Sanità. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=107996
20. Rita Roncone, Massimo Casacchia. 2010 [visitato 10 maggio 2023] 2a Conferenza Tematica Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale: Riprendersi dalle catastrofi ed oltre. Dagli eventi traumatici alla riabilitazione delle malattie mentali gravi.
21. Sharp M, Gulati A, Barker C, Barnicot K. Developing an emotional coping skills workbook for inpatient psychiatric settings: a focus group investigation. *BMC Psychiatry*. 22 giugno 2018;18(1):208.
22. Pierluigi Morosini, Magliano L, Brambilla L. VADO, Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi: Manuale per la riabilitazione in psichiatria. Edizioni Erickson; 2002.
23. Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, World Health Organization. Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / edited by T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J.Rehm. 2010;88.
24. Scala di valutazione globale del funzionamento. In: Wikipedia [Internet]. 2022 [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Scala_di_valutazione_globale_del_funzionamento&oldid=125038914
25. Appollonio I, Leone M, Isella V, Piamarta F, Consoli T, Villa ML, et al. The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol*. giugno 2005;26(2):108–16.
26. Gómez-Benito J, Guilera G, Pino Ó, Rojo E, Tabarés-Seisdedos R, Safont G, et al. The screen for cognitive impairment in psychiatry: diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry*. 6 maggio 2013;13:127.

27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1 novembre 1975;12(3):189–98.
28. Biancosino B, Marmai L, Borsari B, Padovani S, Magri V, Bertasi R, et al. Il punto di vista dei pazienti riguardo all'esperienza del ricovero psichiatrico: uno studio qualitativo. *Riv Psichiatr.* 1 marzo 2009;44(2):122–33.
29. Farmaci e complessità: fattori di contesto e aderenza al programma terapeutico nei servizi territoriali. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-16/farmaci-complessita-fattori-contesto-aderenza-programma-terapeutico-servizi-territoriali>
30. Le attività di gruppo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/2022/11/DUCCI-MARZANO.pdf>
31. Cortese CG. *Dallo sport alla vita: Life skills per crescere come atleti e come persone.* Torino: Ananke Editore; 2015.
32. Competenze per la vita. In: Wikipedia. 2023 [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Competenze_per_la_vita&oldid=134478289
33. Zucca C, Ortolani E, Frattarolo S, Aiello T, Travaglini G, Cro F, et al. Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo. *Riv Psichiatr.* 1 settembre 2017;52(5):200–7.
34. Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, Cappuccini M, Roncone R, Simonato P. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.* Terza edizione. Milano: Edi.Ermes s.r.l.; 2015.
35. Di Muro R, Sancini M, Aurigemma C. Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e... Scuola Prev Josè Bléger Rimini. 8 ottobre 2009.[visitato 12 ottobre 2023]; Disponibile su: <http://www.bleger.org/psicoterapia-di-gruppo-nel-servizio-psichiatrico-di-diagnosi-e-cura-esperienza-di-rimini/>
36. Beck AT, Grant P, Inverso E, Brinen AP, Perivoliotis D. *Terapia cognitiva orientata al recovery per gravi condizioni di salute mentale.* Giovanni Fioriti Editore s.r.l.; 2023.
37. Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Rosicarelli ML, Fowler D. The use of group cognitive behaviour therapy in a routine acute inpatient setting. *Epidemiol Psychiatr Sci.* marzo 2001;10(1):27–36.
38. Falloon I. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry.* febbraio 2003;2(1):20–8.
39. Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria.* Edizioni Erickson; 1993. 7 p.
40. Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, Addona F, Avino C, Figliolia GL, et al. Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow-up di 4 anni. *J Psychopathol.* 2007;13:497–503.

41. Acceptance and Commitment Therapy. ACT Italia. [visitato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>
42. Rossi E. La guida essenziale all'ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.; 2022.
43. Blackledge JT. An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *Behav Anal Today*. 2003;3(4):421–33.
44. Modica A, Presti G, Squatrito V, Messina C, Leuzzi M, Carnevali D, et al. La Relational Frame Theory. 1 novembre 2017;
45. Melli G, Sica C. Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo comportamentale. Modelli e tecniche di intervento. Trento: Edizione Centro Studi Erickson S.p.A; 2018.
46. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change. The Guilford Press; 1999.
47. Mancinelli MR. Tecniche espressive per lo sviluppo di competenze trasversali: Percorsi operativi in contesti psico-educativi. Franco Angeli; 2020.
48. Bertoncetto C. Materiale interno al corso.
49. Volpe U. Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation. Springer Nature Switzerland AG; 2021.
50. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 1 gennaio 2020;260:728–37.
51. Jansen JE, Gleeson J, Bendall S, Rice S, Alvarez-Jimenez M. Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 1 gennaio 2020;215:25–37.
52. Gaudiano BA, Ellenberg S, Ostrove B, Johnson J, Mueser KT, Furman M, et al. Feasibility and Preliminary Effects of Implementing Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients With Psychotic-Spectrum Disorders in a Clinical Psychiatric Intensive Care Setting. *J Cogn Psychother*. 9 gennaio 2020;34(1):80–96.

ALLEGATI

LA NUVOLA NERA

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del primo modulo costante del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

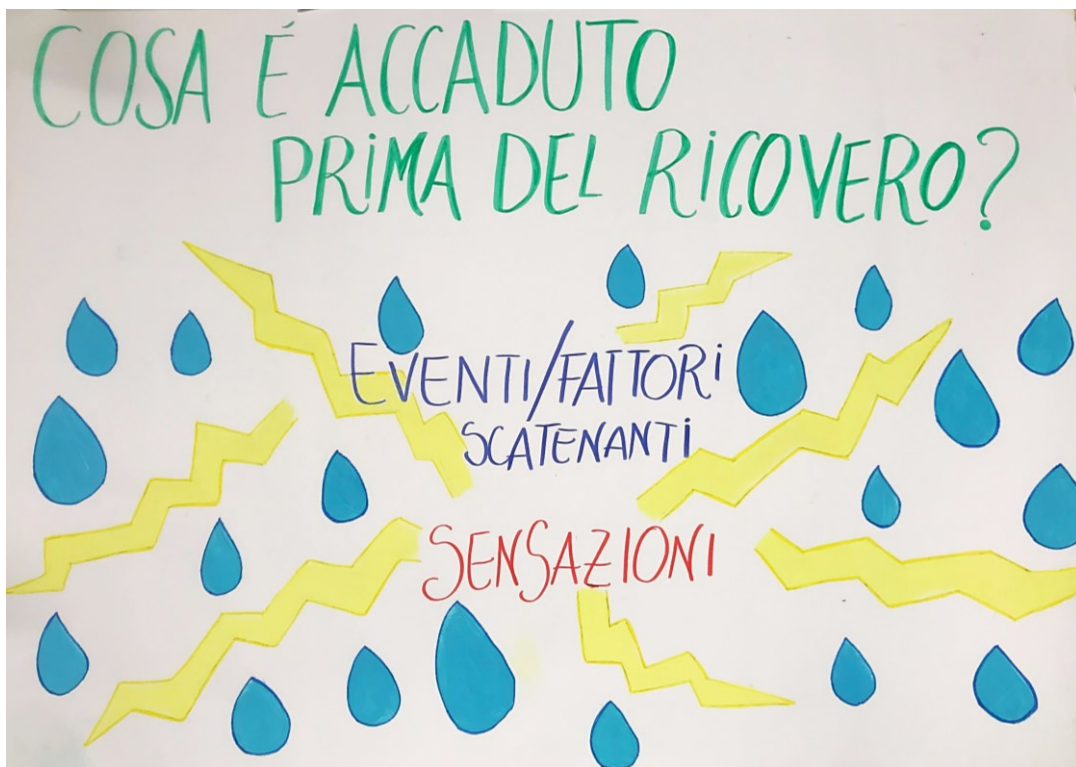
Obiettivi : Supportare i partecipanti al gruppo nel racconto della propria crisi, attraverso differenti modalità. Far comprendere la relazione di causa-effetto tra i segni precoci di crisi e la crisi vera e propria, soffermandosi sul concetto di stress.

Materiali : Post-it, matite, gomma, penne, pennarelli, 2 cartelloni (in uno deve essere disegnata una nuvola nera, e nell'altro delle gocce d'acqua e dei fulmini).

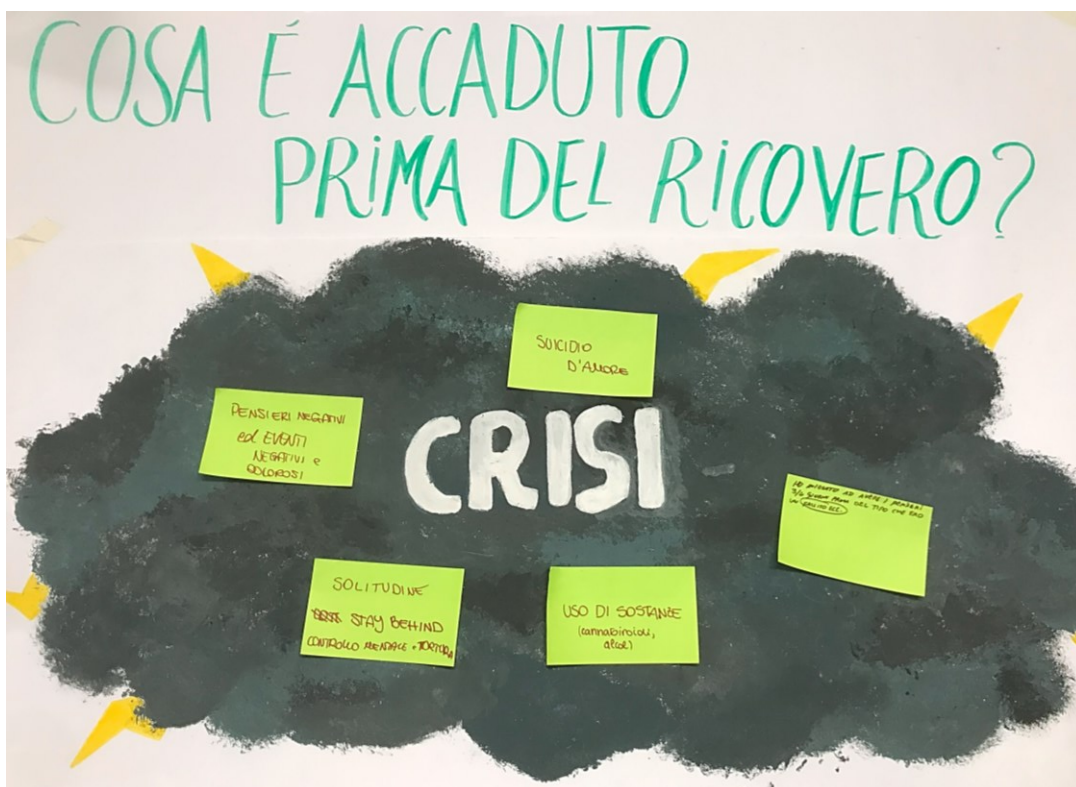
Procedimento

1. Si invita i partecipanti a raccontare in un post-it la loro crisi. Li si invita ad utilizzare il mezzo da loro preferito: scrivendo una storia, una poesia, facendo un disegno, scrivendo una lista di parole, descrivendo la crisi, ecc.
2. Come da manuale, si invita i partecipanti a raccontare a voce cos'è successo nella loro crisi, in questo caso aiutandosi con l'elaborato creato. Una volta che tutti i pazienti avranno condiviso la loro crisi, il conduttore sottolinea gli aspetti comuni a tutte le esperienze raccontate dai partecipanti.
3. A turno, i pazienti andranno ad attaccare il foglio dove hanno rappresentato la loro crisi, nel cartellone in cui è disegnata una nuvola, oppure li passano al co-conduttore che li andrà a posizionare sul cartellone.
4. Poi il conduttore spiega che la nuvola nera del temporale disegnata sul cartellone, simboleggia una sorta di "tempesta emotiva", che i partecipanti hanno vissuto durante la crisi che li ha portati al ricovero. Spiega inoltre che la loro "tempesta" non si è creata dal nulla, ma che ci sono stati degli eventi che piano piano l'hanno formata, come avviene poi anche nei temporali atmosferici.
5. Come da manuale, si chiede ai pazienti di individuare gli elementi/i fatti che possono aver scatenato la crisi (quindi fatti/elementi accaduti alcuni giorni prima della crisi). In questo caso, si chiede ai pazienti di scrivere nei post-it delle parole chiave che riguardino cosa è accaduto prima della crisi.
6. A turno, i partecipanti le dicono ad alta voce e attaccano i post-it sulle gocce d'acqua disegnate nel secondo cartellone.
7. Il conduttore sottolinea gli elementi comuni. Poi spiega che gli elementi citati, sono aspetti che possono favorire l'insorgenza della crisi: "sono come tante goccioline d'acqua, che formano la nuvola nera che simboleggia la vostra crisi".
8. Come da manuale, il conduttore chiede ai pazienti cosa abbiano generato in loro gli avvenimenti che hanno scatenato la crisi. Se qualcuno dei partecipanti dice la parola "stress", si richiama l'attenzione a questo termine e se ne rinforza l'importanza. Si può chiedere ai pazienti di scriverli in dei post-it e di attaccarli nel cartellone delle gocce e fulmini.
9. Successivamente si invita i pazienti a dare una definizione di stress. Si sintetizzano le risposte nella frase "lo stress è una condizione di squilibrio che si verifica tra le nostre capacità di fronteggiamento e le situazioni problematiche o eventi stressanti e comporta un grande stato di disagio e malessere".

Allegato 1: scheda tecnica del primo modulo costante



Allegato 2: prima pagina del cartellone per il primo modulo costante



Allegato 3: seconda pagina del cartellone per il primo modulo costante

L'OMBRELLO

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del secondo modulo costante del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Obiettivi: Supportare la spiegazione del modello stress-vulnerabilità di Falloon, favorire la comprensione del concetto di vulnerabilità allo stress, attraverso l'uso della facilitazione visiva e della metafora.

Materiali: Fogli o cartoncini in formato A4, pennarelli.

Procedimento:

1. Procedere come da manuale, fino ad aver completato la spiegazione dello schema di Falloon.
2. Concluderne la spiegazione con una metafora, in cui le strategie di coping vengono paragonate ad un ombrello, i fattori stressanti a delle nuvole di pioggia e la crisi ad un temporale.
3. Raccontare la metafora ai pazienti, in un modo simile a quello riportato di seguito:
"Immaginatevi questa storia: avete deciso di andare a fare una passeggiata, ma il cielo non è troppo sereno (stress quotidiano) e decidete di portare con voi un ombrello (intervento psicosociale e terapia farmacologica). Questo ombrello è leggero, poco ingombrante ma anche poco resistente. Ad un certo punto della passeggiata inizia a piovere (segni precoci di crisi). Aprite l'ombrello, cercando di far fronte alla pioggia. Per un po' riuscite ad andare avanti senza bagnarvi troppo. Ma ecco! Ad un certo punto la pioggia si trasforma in forte temporale, improvviso (stress acuto), l'ombrello vola via, e vi inzuppate tutti! Cosa sarebbe successo se invece di avere un ombrello leggero, ne aveste uno forte, resistente e magari anche più grande? Anche con il vento non vi verrebbe strappato dalle mani, e riuscireste a stare sotto l'acquazzone. (migliorare l'intervento farmacologico e psicosociale)".
4. Accompagnare la narrazione con delle flashcards che rappresentino le varie scene.

Costruzione delle flashcards:

1. Tagliare a metà due cartoncini in formato A4, posti orizzontalmente. Ogni metà ricavata costituisce la base su cui disegnare le quattro flashcards.
2. Disegnare sulla prima *flashcard* un omino stilizzato, che cammina su di un terreno/erba, e che tiene in mano un ombrello piccolo e un po' rovinato. Disegnare in alto delle nuvolette grigie. Scrivere in corrispondenza delle nuvole "stress quotidiano" e "intervento psicosociale e terapia farmacologica" in corrispondenza dell'ombrello.
3. Disegnare sulla seconda *flashcard* l'omino che cammina e che tiene l'ombrello aperto. Disegnare poi le nuvole e delle gocce di pioggia sullo sfondo. Scrivere "segni precoci di crisi" in corrispondenza delle gocce di pioggia.
4. Disegnare la terza *flashcard*: disegnare delle nuvole color grigio scuro o addirittura nero, da cui fuoriescono fulmini. Sullo sfondo disegnare delle gocce di pioggia e delle folate di vento. Disegnare poi l'omino con la faccia imbronciata, e infine disegnare l'ombrello che è volato via. Scrivere la parola "crisi" in corrispondenza delle nuvole.
5. Disegnare sull'ultima *flashcard* delle nuvole di un colore grigio chiaro, delle gocce di pioggia sullo sfondo e qualche folata di vento. Disegnare poi l'omino che cammina sul terreno/erba, mentre tiene aperto un ombrello molto più grande e solido. L'omino deve avere un sorriso.

Allegato 4: scheda tecnica del secondo modulo costante

L'OMBRELLO-PARTE 2

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del secondo modulo costante del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltrò, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo e singolo

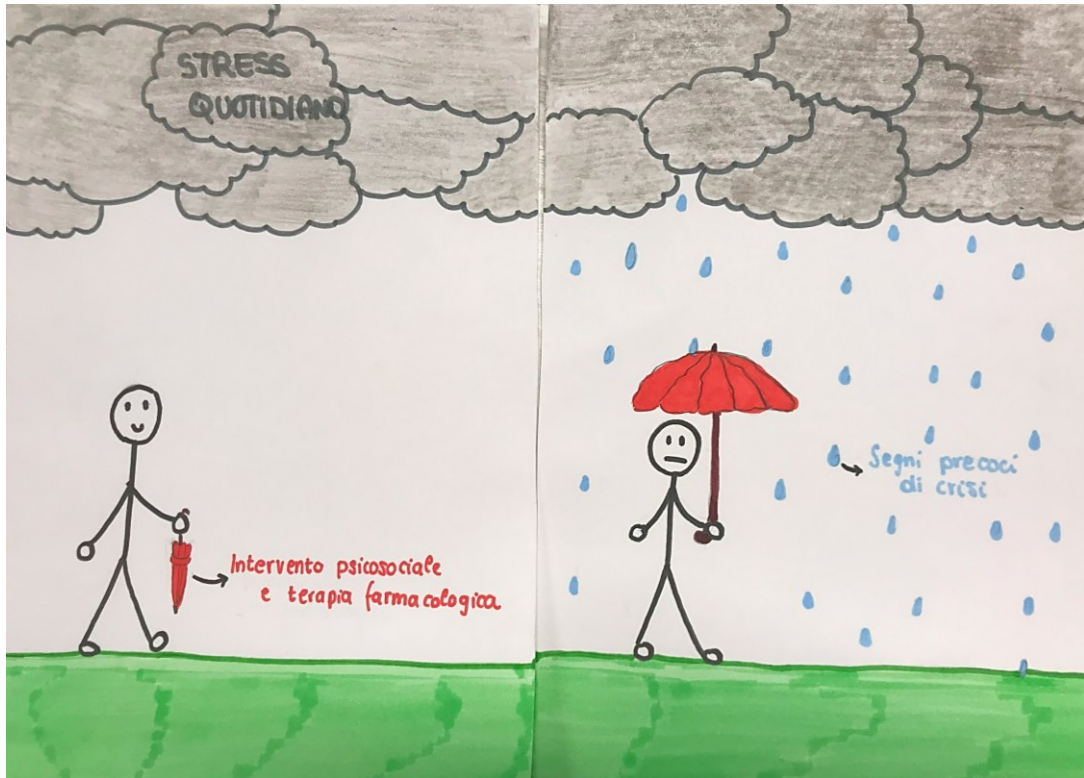
Obiettivo: Favorire l'individuazione di strategie per limitare lo stress ambientale ed acuto

Materiale: Un cartellone con disegnato un ombrello e delle gocce di pioggia sullo sfondo, post-it/cartellini, pennarelli e penne, scheda.

Procedimento:

1. Dopo aver terminato la spiegazione del modello stress-vulnerabilità di Falloon, integrata con la narrazione delle *flashcards*, distribuire a ciascuno dei pazienti la scheda riportata alla fine di questo documento.
2. Spiegarne la costruzione: le nuvole simboleggiano i fattori stressanti presenti nella vita di ciascuno, mentre l'ombrello simboleggia le strategie che possono essere messe in atto dal paziente per far fronte allo stress.
3. Lasciare che i partecipanti completino la scheda.
4. Condivisione in gruppo di quanto ogni paziente ha scritto nella scheda, discussione e fruizione di consigli tra i partecipanti al gruppo.
5. Chiedere ai partecipanti di rileggere tutte le strategie da loro identificate, mentre il co-conduttore e il conduttore le riportano su dei post-it. I post-it verranno attaccati ad un cartellone in cui è disegnato un ombrello.
6. Si invita i partecipanti a prendere nota delle strategie per far fronte allo stress che li hanno colpiti/che pensano possano essere per loro utili.

Allegato 5: scheda tecnica del secondo modulo costante



Allegato 6: flashcards per il secondo modulo costante



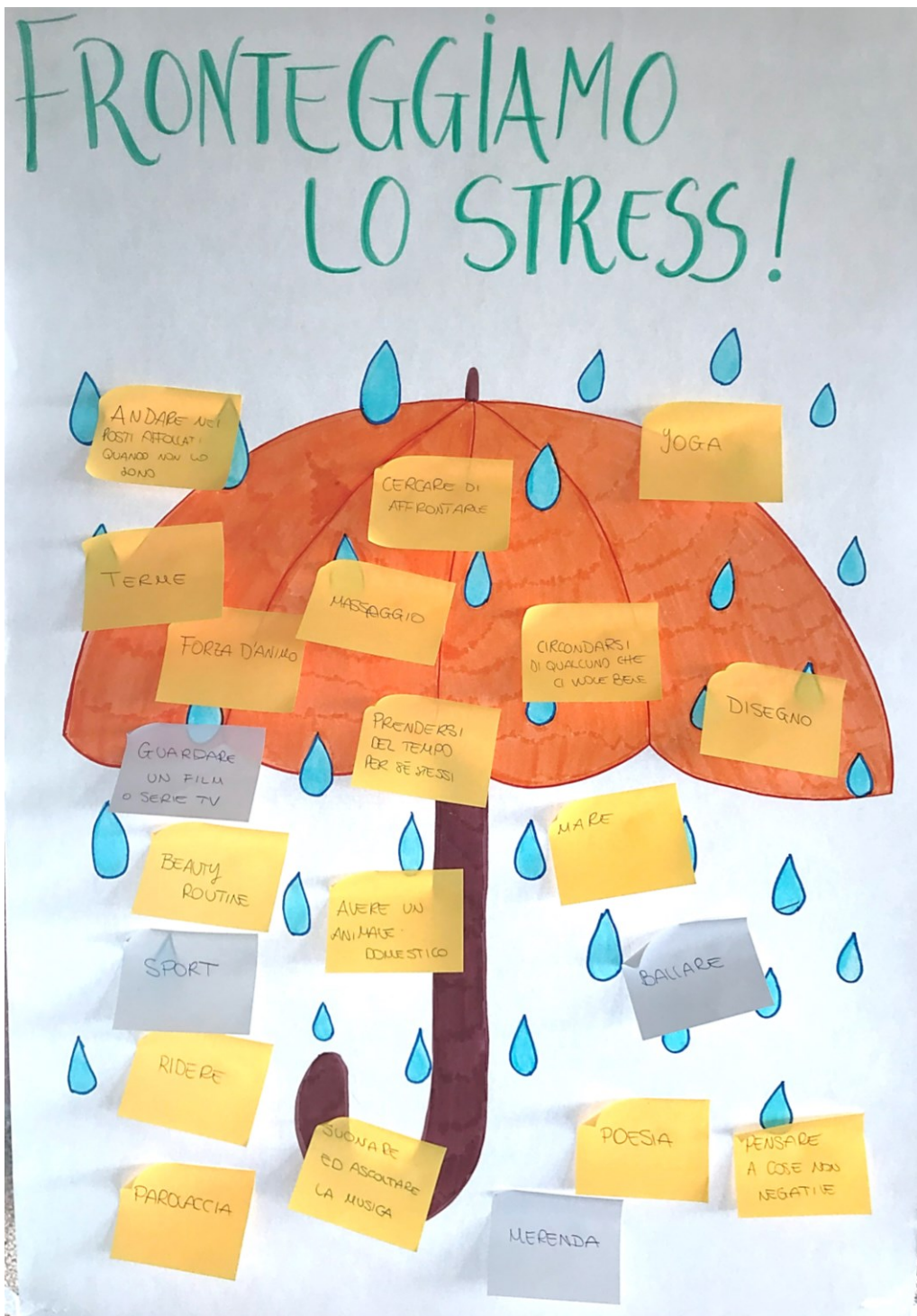
Allegato 7: flashcards per il secondo modulo costante

Grazie di aver partecipato all'incontro di gruppo! Se reputi possa esserti utile, ti invito a completare l'illustrazione che trovi qui sotto.

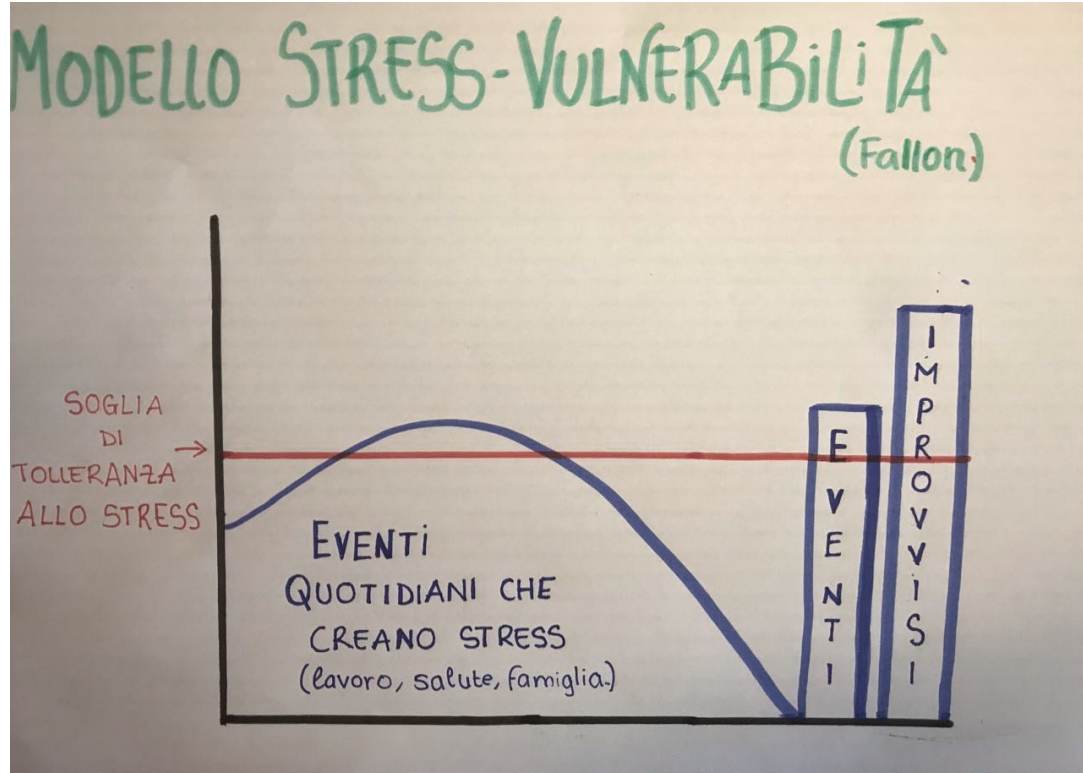
Ti chiedo di scrivere nelle nuvole del temporale gli eventi e fattori che causano stress nella tua vita. Nell'ombrello, scrivi invece le azioni che svolgi per far fronte allo stress. Se ti va, puoi scrivere anche delle nuove strategie che vorresti provare!



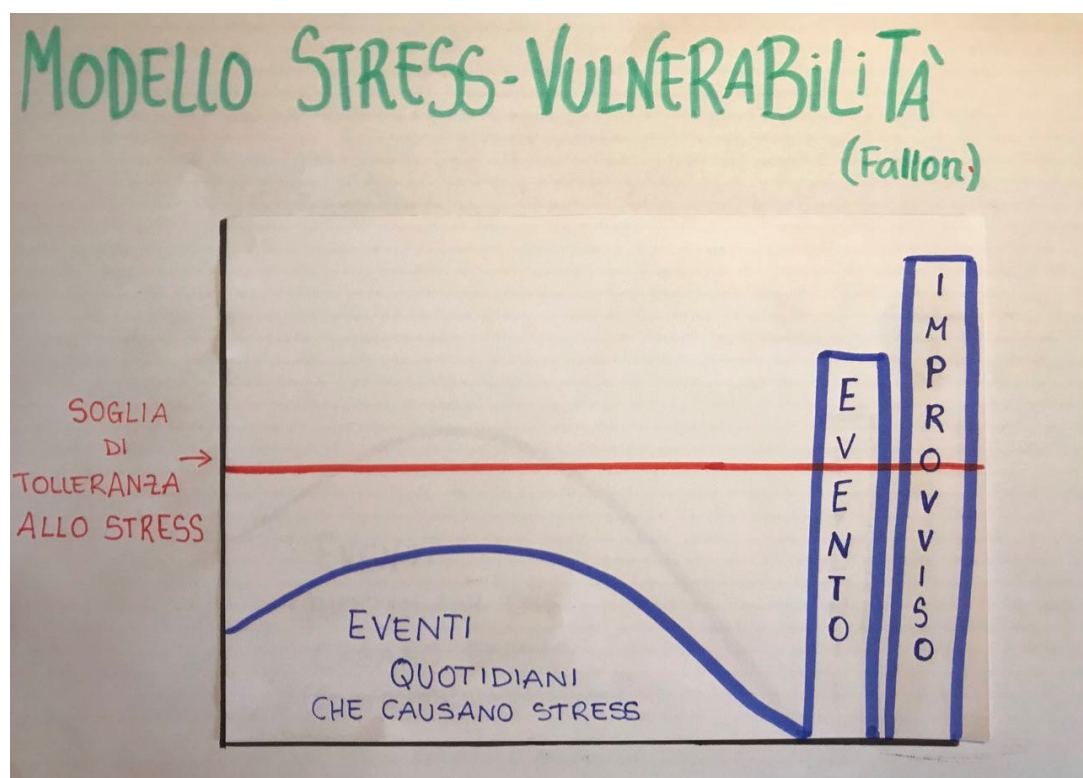
Allegato 8: scheda per il secondo modulo costante



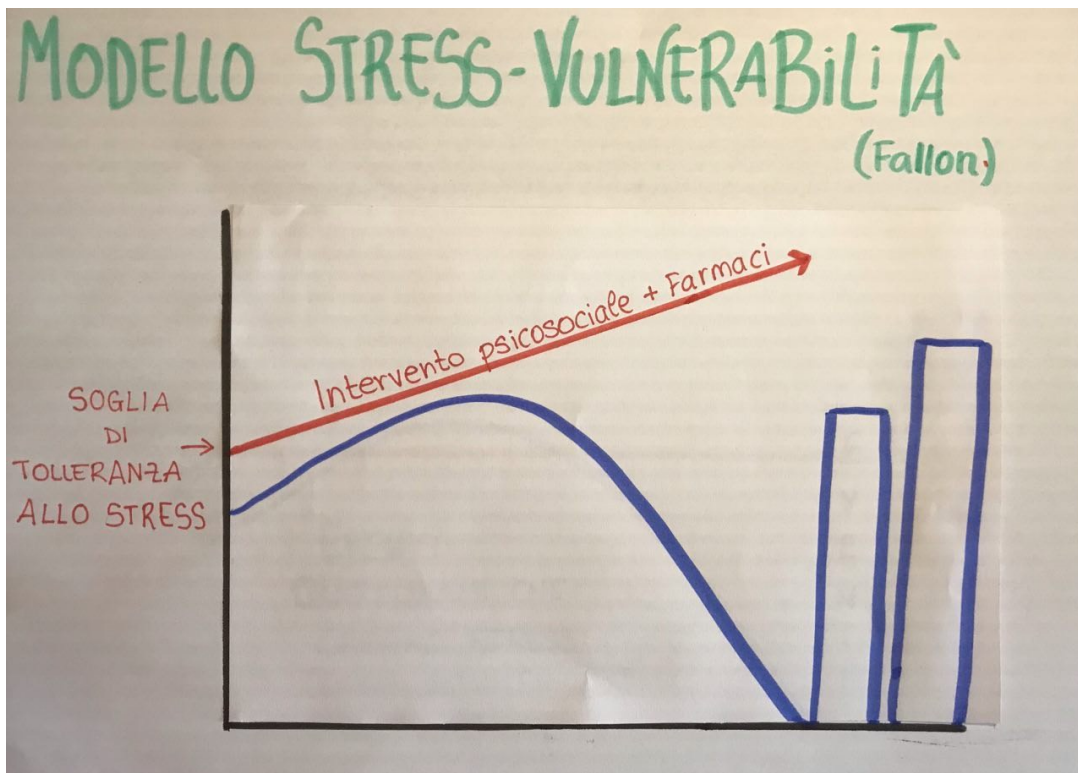
Allegato 9: cartellone per il secondo modulo



Allegato 10: cartellone sul modello stress-vulnerabilità (primo strato)



Allegato 11: cartellone sul modello stress-vulnerabilità (secondo strato)



Allegato 12: cartellone sul modello stress-vulnerabilità (terzo strato)

QUIZZONE

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del terzo modulo costante del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Obiettivi: Rendere più interattiva, coinvolgente e dinamica l'acquisizione di informazioni sugli psicofarmaci.

Materiale: Un cartellone, foglietti con scritto le domande e tre possibili opzioni, di cui sono una corretta, fogli A4 e penne nel caso in cui i pazienti sentano la necessità di appuntarsi delle informazioni

Procedimento:

Prima di iniziare: sistemare i foglietti con le domande e risposte da consegnare ai partecipanti in ordine su di un tavolo, appendere il cartellone del quizzone, e un secondo cartellone in cui siano scritte le quattro categorie di psicofarmaci (ansiolitici, antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore), con sufficiente spazio tra le quattro categorie, tale da poterci scrivere il loro uso e alcuni nomi

Si inizia come da manuale, "il conduttore quindi chiede: "secondo voi come agiscono gli psicofarmaci?" ... quindi conclude con una frase del tipo "gli psicofarmaci regolarizzano la trasmissione o la comunicazione tra le cellule del cervello; durante gli stati prolungati di stress, infatti, le attività sono molto alterate"

La fase successiva consiste nel "far conoscere ai pazienti le quattro categorie di farmaci principali". Questo elaborato espressivo è pensato per svolgere questa fase attraverso un'attività che simuli una sorta di quiz televisivo:

1. Spiegare ai pazienti che saranno divisi in 2 (o più) squadre, oppure in un unico gruppo, a seconda dei partecipanti presenti. La squadra/e dovrà avere un portavoce.
2. Spiegare le regole del gioco: a turno le squadre scelgono una domanda a cui rispondere (rossa da 10 punti, verde da 30... ecc.). Il conduttore leggerà la domanda e le tre opzioni possibili, mentre il co-conduttore consegnerà a ciascuno dei partecipanti un foglietto con scritta la domanda e le tre possibili risposte. La squadra dovrà dare la risposta giusta per ottenere il punteggio. Si ricorda che dovranno esserci 4 categorie di domande: domande sugli antipsicotici, antiansia, antidepressivi, regolatori dell'umore, tutte e 4 da 10,20,30,50 punti (10 punti= quella più semplice, 50 punti =quella più difficile). Devono riguardare sia a cosa servono questi psicofarmaci, sia alcuni nomi.
3. Dire ad ogni squadra che tutti i partecipanti dovranno collaborare, unendo tutte le conoscenze che hanno, per dare la risposta corretta alle domande che sceglieranno.
4. A turno, ogni squadra sceglierà a che domanda rispondere (esempio: verde da 10 punti). Il conduttore consegnerà loro il foglio con scritto la domanda e tre possibili opzioni (A,B,C).
5. Mano a mano che le risposte vengono indovinate, il conduttore le trascrive sul cartellone in cui sono riportate le categorie di psicofarmaci, in corrispondenza della corretta categoria
6. Se ci sono più squadre: attribuire punteggi alle squadre, in base alla risposta indovinata.
7. Quando le squadre avranno risposto a tutte le domande, il terapeuta può fare un riassunto di quanto è emerso dalle domande e risposte dell'attività.
8. Al termine dell'attività si può consegnare ai pazienti una scheda riassuntiva.
9. Proseguire l'incontro poi come da manuale.

Allegato 13: scheda tecnica per il terzo modulo costante

Lista di possibili domande da inserire nel "quizzone"

Ansiolitici

10 punti: "A cosa servono gli ansiolitici? "

- A- Ridurre l'umore depresso
- B- Curare la psicosi
- C- Ridurre l'ansia

20 punti: "Quali tra questi sono ansiolitici?"

- A- Tavor e Valium
- B- Haldol e Zoloft
- C- Litio ed Entumin

30 punti: " Uno solo di questi è un ansiolitico, sapete dire quale?"

- A- En
- B- Serenase
- C- Depakin

50 punti: "Che sintomi curano gli ansiolitici?"

- A- Ridurre le voci, le visioni, l'aggressività, l'incoerenza di pensiero, l'insonnia se a basse dosi
- B- Ridurre il senso di allarme e tensione, ridurre l'insonnia
- C- Controllo dell'alternanza tra umore depresso ed eccitazione

Antipsicotici

10 punti: "A cosa servono gli antipsicotici? "

- A- Ridurre l'umore bipolare
- B- Curare la psicosi
- C- Ridurre l'ansia

20 punti: "Quali tra questi sono antipsicotici?"

- A- Prozac e Valium
- B- Haldol ed Entumin
- C- Depakin e Xanax

30 punti: " Uno solo di questi è un antipsicotico, sapete dire quale?"

- A- Seroxat
- B- Serenase
- C- Tolep

50 punti: "Che sintomi curano gli antipsicotici?"

- A- Ridurre una tristezza profonda, ridurre la mancanza di energie
- B- Ridurre il senso di allarme e tensione, ridurre l'insonnia
- C- Ridurre le voci, le visioni, l'aggressività, l'incoerenza di pensiero, l'insonnia se a basse dosi

Antidepressivi

10 punti: "A cosa servono gli antidepressivi? "

- A- Curare la psicosi
- B- Ridurre l'aggressività
- C- Ridurre la depressione

20 punti: "Quali tra questi sono antidepressivi?"

- A- En e Latuda
- B- Prozac e Zoloft
- C- Lexotan e Largactil

30 punti: " Uno solo di questi è un antidepressivo, sapete dire quale?"

- A- Seropram
- B- Trilafon
- C- Tetrgetol

Allegato 14: scheda tecnica per il terzo modulo costante (domande 1)

50 punti: "Che sintomi curano gli antidepressivi?"

- A- Ridurre una tristezza profonda, ridurre la mancanza di energie, ridurre pessimismo ed apatia
- B- Ridurre le voci, le visioni, l'aggressività, l'incoerenza di pensiero, l'insonnia se a basse dosi
- C- Controllo dell'alternanza tra umore depresso ed eccitazione

Stabilizzatori dell'umore

10 punti: "A cosa servono gli stabilizzatori dell'umore? "

- A- Ridurre la psicosi
- B- Ridurre l'ansia
- C- Controllare le oscillazioni di umore

20 punti: "Quali tra questi sono stabilizzatori dell'umore?"

- A- En e Laroxyl
- B- Largactil e Tofranil
- C- Litio ed Depakin

30 punti: " Uno solo di questi è uno stabilizzatore dell'umore, sapete dire quale?"

- A- Neurontin
- B- Edronax
- C- Leponex

50 punti: "Che sintomi curano gli stabilizzatori dell'umore?"

- A- Ridurre una tristezza profonda, ridurre la mancanza di energie
- B- Ridurre il senso di allarme e tensione, ridurre l'insonnia
- C- Controllo dell'alternanza tra umore depresso ed eccitazione

Allegato 15: scheda tecnica per il terzo modulo costante (domande 2)

QUIZZONE

10
punti

C

20
punti

A

30
punti

A

50
punti

B

B

B

B

C

C

B

A

A

C

C

A

C

Allegato 16: cartellone per il terzo modulo costante

GLI PSICOFARMACI

ANSIOLITICI	ANTIPSIKOTICI	ANTIDEPRESSIVI	STABILIZZATORI DELL'UMORE
<p><i>Alcuni di questi sono...</i></p> <p>Tavor Valium En Lexotan Rivotril Halcion Xanax Frontal</p>	<p><i>Alcuni di questi sono...</i></p> <p>Serenase Leponex Haldol Moditen Zyprexa Largactil Entumin Risperidal Seroquel Abilify Trilafon Invega</p>	<p><i>Alcuni di questi sono...</i></p> <p>Zoloft Seroxat Seropram Elopram Prozac Edronax Anafranil Laroxyl Sereupin Tofranil</p>	<p><i>Alcuni di questi sono...</i></p> <p>Lito Tetretol Depakin Neurontin</p>
<p><i>Servono a...</i></p> <p>Ridurre il senso eccessivo di allarme e di tensione, tachicardia, oppressione toracica, nodo in gola, mal di stomaco, tremori, insonnia, vertigini Quindi aiutano a ridurre ansia ed insonnia.</p>	<p><i>Servono a...</i></p> <p>Diminuire la presenza di voci, allucinazioni visive, aggressività, incoerenza di pensiero, agitazione, comportamenti bizzarri o strani, insonnia (a bassi dosaggi). Quindi curano la psicosi e l'insonnia.</p>	<p><i>Servono a...</i></p> <p>Diminuire tristezza profonda e immotivata, mancanza di energie e iniziativa, pessimismo, apatia, stanchezza eccessiva e immotivata, perdita di interesse, variazioni dell'appetito.</p>	<p><i>Servono a...</i></p> <p>Regolare l'oscillazione tra umore depresso e l'eccitazione, ridurre l'impulsività.</p>

Allegato 17: scheda sugli psicofarmaci da consegnare ai pazienti

STORIE DI STIGMA

Il seguente elaborato espressivo è da inserire nella fase 5 del quarto modulo costante del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Obiettivi: Rendere più aperta e coinvolgente la condivisione delle esperienze di stigma. Sperimentare il supporto e la forza data dal gruppo.

Materiale: una scatola con coperchio, dei cartoncini con un buco nel margine superiore, fili di lana o cotone, lunghi circa 60-70cm, un cartellone

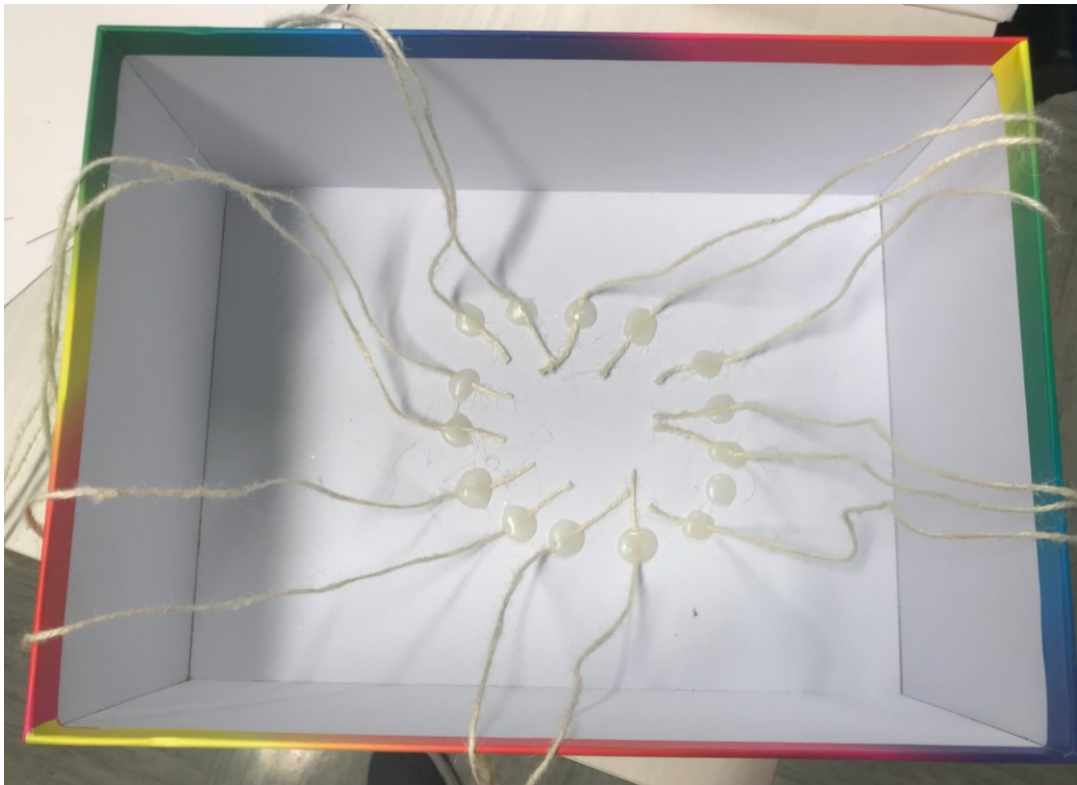
Istruzioni per la costruzione della scatola

1. Trovare una scatola vuota, ad esempio una scatola per le scarpe.
 2. Se lo si desidera, si può dipingere o decorare la scatola trovata.
 3. Tagliare dei fili di lana o cotone (l'importante è che siano spessi) lunghi circa 60-70 cm. Devono essere tanti quanti i partecipanti al gruppo.
 4. Incollare con la colla a caldo i fili sul fondo della scatola, disposti in modo ovale/circolare, distanziati di qualche cm l'uno dall'altro.
 5. Una volta terminata, riporre un cartoncino con scritto "stigma" sopra ai fili incollati, riporre i fili dentro la scatola e chiuderla.
- Si allega foto della scatola completa

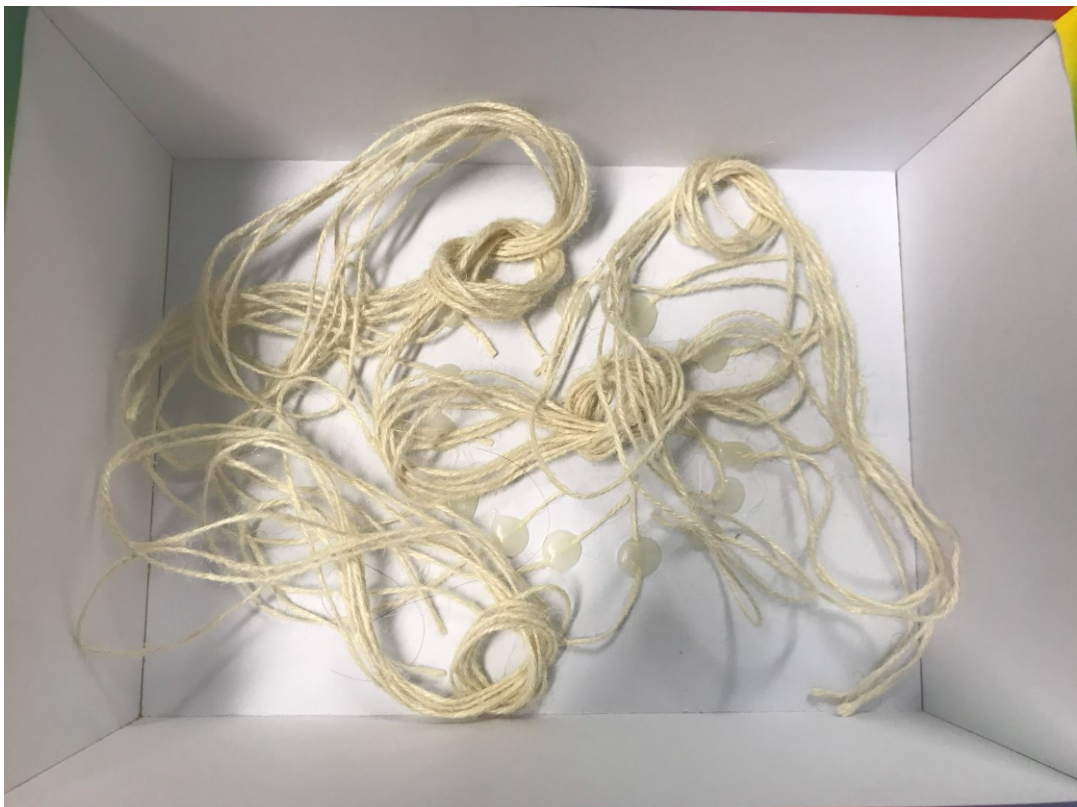
Procedimento:

1. Come da manuale, il conduttore assieme ai pazienti, individua la definizione di stigma e le possibili condizioni/situazioni in cui delle persone possono essere stigmatizzate.
2. Distribuire a ciascun partecipante un cartoncino. Li si invita a scrivere sul primo cartoncino un breve riassunto di un'esperienza stigmatizzante vissuta in prima persona.
3. Si chiede ad un partecipante di aprire la scatola. Successivamente ogni partecipante dovrà scegliere un filo, lo terrà in mano.
4. I partecipanti dovranno infilare i due cartellini nel filo scelto. Dopodiché dovranno girare, scambiarsi di posto, scambiarsi i fili più volte, fino a quando non si noterà l'intreccio dei fili alla base.
5. A questo punto i partecipanti, a turno, leggeranno cosa sta scritto nei cartellini che sono infilati nel filo che hanno in mano.
6. Chiedere ai pazienti come li abbia fatti sentire questa attività: sensazioni, emozioni e pensieri
7. Procedere poi come da manuale: disegnare lo schema proposto, spiegandolo come da manuale, chiedere "cosa può fare ciascuno di noi per svincolarsi dallo stigma e uscire da questo circolo vizioso?"
8. Ogni partecipante dice ad alta voce e scrive la propria risposta in un cartoncino.
9. A questo punto: si incolleranno tutti i cartoncini in cui i partecipanti hanno raccontato la loro storia, all'interno della scatola disegnata sul cartellone, invece si attaccheranno questi ultimi cartoncini dove stanno disegnati i fili che escono dalla scatola: dall'esperienza profonda di condivisione dello stigma, possono generarsi delle valide azioni da mettere in atto per combattere lo stigma.

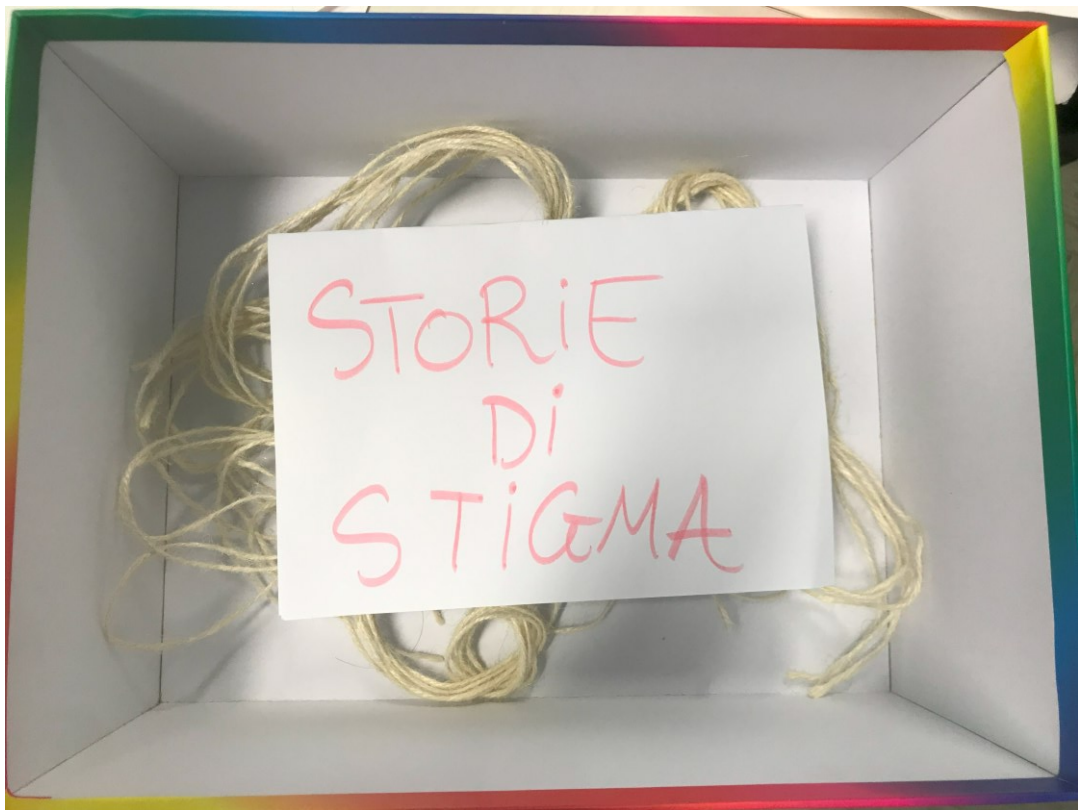
Allegato 18: scheda tecnica del quarto modulo costante



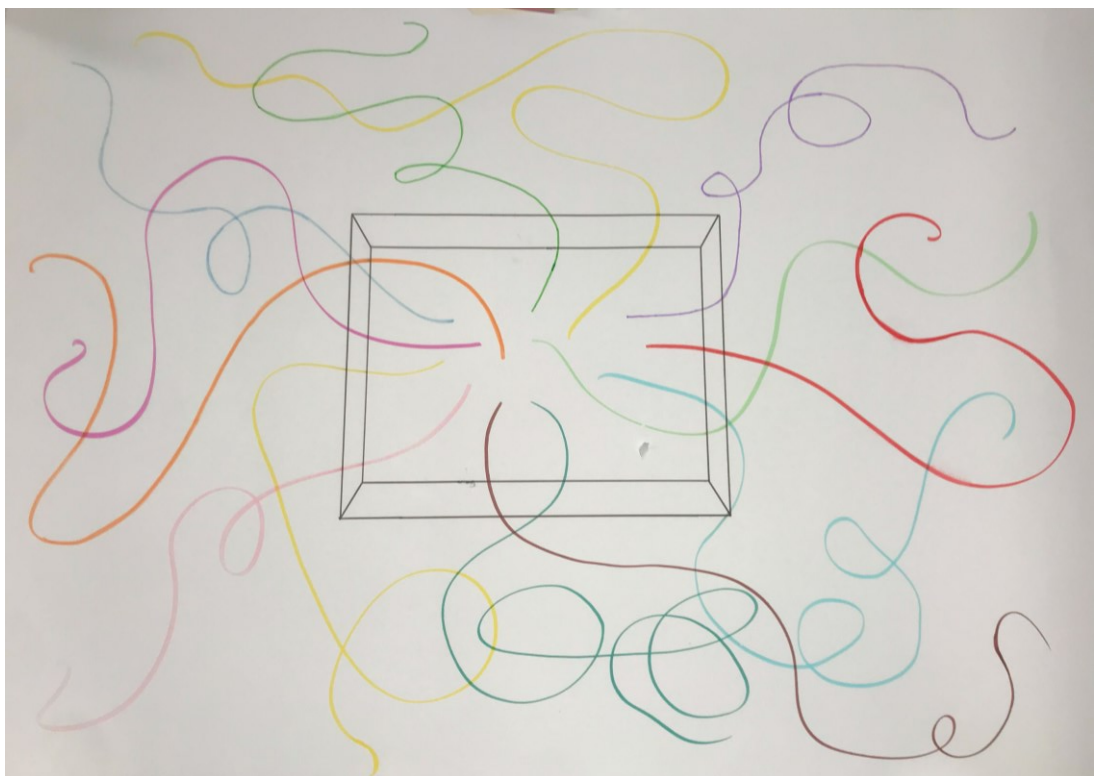
Allegato 19: costruzione della scatola 1



Allegato 20: costruzione della scatola 2



Allegato 21: costruzione della scatola 3



Allegato 22: cartellone per il quarto modulo costante (base)

SEGNI PRECOCI DI CRISI O SINTOMI?

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del modulo opzionale “segni precoci di crisi” del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Obiettivi: Illustrare l'importanza di saper riconoscere i segni precoci di crisi e perché è importante riconoscerli. Rendere nota l'importanza di coinvolgere i familiari nel riconoscimento dei segni di crisi.

Comprendere che comportamenti attuare una volta che vengono percepiti i segni di crisi.

Materiale:

-lavagna a fogli mobili

-*flashcards*: in ognuna è scritto o un segno precoce di crisi o un vero e proprio sintomo.

Le si può costruire semplicemente tagliando a metà dei fogli A4 e scrivendo su ogni metà un sintomo o un segno precoce di crisi. Deve essere presente un numero uguale di *flashcards* con scritto i sintomi e di *flashcards* con scritto i segni precoci di crisi.

Procedimento:

Iniziare seguendo lo schema proposto da manuale: si chiede ai pazienti che cosa siano i segni precoci di crisi, la loro definizione e che quali siano i segni precoci di crisi di ciascun paziente. Questi verranno poi scritti sulla lavagna e divisi in 4 macrocategorie. Si specifica poi ai pazienti l'importanza di essere aiutati da una persona casa a riconoscere i segni precoci di crisi.

Successivamente viene chiesto ai pazienti di differenziare i segni precoci di crisi, dai sintomi veri e propri: voci, allucinazioni, deliri, umore eccessivamente basso o alto, ansia e preoccupazione eccessiva, ecc...

lo si può fare con la seguente attività:

1. Suddividere i pazienti in due squadre
2. Ogni squadra avrà a disposizione un mazzo di *flashcards* con scritto (in ognuna) un segno precoce di crisi o un sintomo. In squadra, i partecipanti dovranno dividere correttamente le *flashcards* in due gruppi, uno per i segni precoci di crisi ed uno per i sintomi.
3. Le squadre condividono a tutto il gruppo quali *flashcards* hanno inserito in ognuno dei due gruppi.
4. Dividere il foglio della lavagna in due parti. Nella prima parte verranno scritti i segni precoci di crisi individuati dai partecipanti e nell'altra verranno scritti i sintomi.
5. Si chiede un feedback ai pazienti: è stato semplice o difficile? hanno dubbi o domande? L'hanno reputata un'attività utile o meno?
Proseguire poi come indicato da manuale.

Allegato 24: scheda tecnica per il modulo costante “Segni precoci di crisi”

SEGNI PRECOCI DI CRISI E SINTOMI

I **segni precoci di crisi** sono delle alterazioni del comportamento o a livello fisiologico, che si manifestano nel periodo precedente ad una possibile crisi

- CAMPANELLI DI ALLARME!!!
- Più cose che cambiano, diverse quindi dal proprio solito
- Si stanno formando le prime nuvole e le prime piogge, prima del temporale

I **sintomi** invece riguardano delle condizioni stabili, derivate dalla malattia;

Oppure possono riguardare una stabilizzazione dei segni precoci di crisi, che precedono immediatamente la crisi e che sono presenti anche durante la crisi stessa

- Riguardano la propria malattia
- Possono essere sempre presenti nella vita della persona
- Oppure possono essere presenti immediatamente prima della crisi, e durante la crisi stessa

Di seguito ecco una tabella in cui sono inseriti segni precoci di crisi e sintomi

SEGNI PRECOCI	SINTOMI
Improvvisa insonnia o ipersonnia per alcuni giorni	È sempre presente l'insonnia o l'ipersonnia
Improvvisa tachicardia per qualche giorno	Tachicardia sempre presente
Avere un'improvvisa difficoltà a gestire le emozioni	Avere una costante difficoltà a gestire le emozioni
Improvvisa impulsività	Si è sempre impulsivi
Pensieri che non sono mai stati fatti prima (es. pensieri di restrizione del cibo, improvvisa paura delle contaminazioni batteriche)	Osessioni e compulsioni
Improvvisi episodi di ansia, agitazione, tensione	Ansia costante
Improvviso aumento o diminuzione dell'appetito	Prolungato aumento o diminuzione dell'appetito
Improvviso isolamento	Costante tendenza ad isolarsi
Improvvisa apatia (mancanza di energia e motivazione nelle attività quotidiane)	Apatia stabile e costante
Stanchezza eccessiva per alcuni giorni	Stanchezza costante

Altri segni precoci di crisi sono: aumento del consumo delle sigarette o del consumo di alcol, sensazione improvvisa di star perdendo il controllo, aumento o diminuzione dell'attività sessuale, ci si distrae di più e ci si concentra di meno

Altri sintomi sono: allucinazioni, delirio, euforia, umore depresso, dissociazione, senso cronico di vuoto

Allegato 25: scheda sui segni precoci di crisi da lasciare ai pazienti

METTIAMOCI IN FORMA!

Elaborato espressivo da inserire nella fase 5 del modulo opzionale "Benessere fisico: alimentazione e attività motoria" del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Materiale: 3 cartelloni, post-it di due diversi colori, penne e pennarelli

Obiettivi: Facilitare la condivisione di esperienze legate all'aver un'alimentazione sana e allo svolgere dell'attività fisica e gli effetti che questo può dare su benessere personale.

Procedimento:

1. Come da manuale, invitare i pazienti a definire cosa sia per loro il benessere, e che ruolo abbia in esso l'alimentazione. Questo può essere fatto mediante l'attività del World Cafè¹ ponendo la seguente domanda: "che cos'è per te il benessere?" "che valore/contributo ha l'alimentazione nel benessere?"
2. Successivamente si procede a disegnare la piramide alimentare: il conduttore chiede ai pazienti quali sono i cibi che vanno mangiati con maggiore frequenza, per poi passare ai cibi che è meglio mangiare con minore frequenza.
3. A tal proposito, si può proporre ai pazienti di pensare ad alcune ricette sane che conoscono e/o che cucinano e di condividerle con il gruppo. Al termine dell'attività si possono lasciare a disposizione fogli e penne ai pazienti, per scrivere e condividere le loro ricette.
4. A questo punto si procede come da manuale, chiedendo ai pazienti cosa facciano per mantenersi in forma: sia semplici azioni (come salire le scale) che azioni più strutturate (come seguire un allenamento). Si stimola quindi la condivisione di esperienze tra i partecipanti.
Le risposte date dai pazienti verranno da loro stessi scritte in un post-it di uno stesso colore (con i colori, penne che preferiscono) ed attaccate al cartellone di riferimento.
Si può chiedere ai pazienti cosa facciano per motivarsi a fare attività fisica e che sensazioni crea in loro. Anche in questo caso le risposte verranno scritte dai pazienti su di un post-it, che abbia però un colore diverso da quello usati in precedenza.
5. Prima di salutarsi, si possono far scegliere 2-3 attività fisiche brevi, semplici e poco intense tra quelle proposte, e metterle in atto. Alla fine verrà chiesto ai pazienti come si sono sentiti/che sensazioni ha suscitato in loro.
6. Si ricorda la presenza di fogli, penne e pennarelli per scrivere e condividere delle ricette sane!

¹ Quest'attività ha come obiettivo il facilitare il processo collettivo di scambio di idee, generare nuove opinioni e collegamenti. Si prevede che i partecipanti vengano divisi in gruppi da 5 persone (in questo caso li si divide in due gruppi). I gruppi si siederanno ciascuno attorno ad un tavolo, sopra cui sono presenti dei pennarelli e un cartellone con un quesito. I gruppi dovranno discutere e scambiare opinioni circa quel quesito, scrivere quanto è considerato rilevante e decorare il cartellone come meglio si preferisce, usando i pennarelli che preferiscono. Il processo di discussione del gruppo sarà controllato da uno dei partecipanti: l'oste. Ha il compito di accogliere il gruppo al tavolo, spiegare il quesito e fare in modo che il gruppo mantenga la conversazione su quel tema. Dopo circa 15 minuti i due gruppi si scambieranno di tavolo, a parte i due oste che resteranno fermi e riassumeranno al nuovo gruppo quanto è emerso dal gruppo precedente. Al termine dell'attività i due oste riassumeranno entrambi i processi collettivi di discussione.

Allegato 26: scheda tecnica per il modulo costante "Benessere fisico: alimentazione e attività motoria"

STORIE EMOZIONANTI

Attività che prevede l'integrazione della fase 5 del modulo opzionale "Comprendere e gestire le emozioni" del manuale L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltro, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato.

Fruitori: Gruppo

Obiettivo: Rendere più evidente, attraverso l'immagine e la narrazione di una storia, come le emozioni siano legate al contesto, che suscitino pensieri, sensazioni e come la comprensione e gestione delle emozioni possa aiutare nel mettere in atto azioni funzionali

Materiali: Storie a cui ispirarsi, flashcards

Procedimento:

Preparazione del gioco

1. Scegliere su quali emozioni soffermarsi (consiglio 3-4 emozioni).
2. Inventare nome del protagonista e contesto in cui si trova. Il contesto deve far suscitare un'emozione nel protagonista, che a sua volta provoca dei pensieri e delle sensazioni.
3. Individuare 3 possibili scenari ed azioni che può mettere in atto il protagonista: nel primo il protagonista mette in atto un'azione aggressiva, nel secondo un'azione assertiva e nel terzo un'azione passiva.
4. Disegnare delle flashcards per
 - contesto
 - emozione
 - le tre azioni.Lasciare quattro cartoncini vuoti, in cui scrivere:
 - sensazioni
 - pensieri
 - conseguenzeche verranno dette dai partecipanti durante l'incontro.
Le flashcards verranno mostrate ai partecipanti durante la narrazione della storia

Durante l'incontro:

1. Come da manuale, chiedere ai partecipanti cosa siano uno stato d'animo e di elencare le emozioni che conoscono.
2. Proporre l'attività: si spiega ai partecipanti che questa attività viene fatta per dimostrare come le emozioni sono generate da un determinato contesto, e che provocano pensieri, sensazioni ed azioni.
3. Si inizia la narrazione della storia. Durante la narrazione, appoggiare mano a mano le flashcards sul pavimento o su una superficie, dove possano essere ben visibili a tutti i partecipanti. Devono essere disposte in successione, una di fianco all'altra, nell'ordine corretto.
4. Nel momento in cui si parla delle sensazioni e dei pensieri che può avere il protagonista, si invita i partecipanti a dare la loro opinione. Le si scrive in due flashcards vuote (una per i pensieri e una per le sensazioni).
5. Dopo aver proposto le tre azioni che il protagonista potrebbe mettere in atto, chiedere ai partecipanti che conseguenze possono avere tali azioni. Scrivere quanto detto sulle due flashcards rimaste.
6. Concludere l'attività come da manuale.

Allegato 27: scheda tecnica per il modulo opzionale "Comprendere e gestire le emozioni"

Di seguito è riportato un esempio di una possibile storia da proporre, con emozione "rabbia"

Carlo va al supermercato per prendere solamente un pacco di pasta e un vasetto di passata di pomodoro. Dopo averli trovati, si mette in fila alla cassa per pagare. Ma ecco che all'improvviso un signore con il carrello zeppo di cose da comprare gli passa davanti.

Flashcard
contesto

Carlo è arrabbiatissimo! In quanto tale inizia a provare dei pensieri...secondo voi quali?

Flashcard
contesto

Flashcard
emozione

Flashcard
pensieri

E ha anche delle sensazioni che percepisce fisicamente... secondo voi quali potrebbero essere?

Flashcard
contesto

Flashcard
emozione

Flashcard
pensieri

Flashcard
sensazioni
fisiche

Carlo, che è arrabbiato e ha questi pensieri (elenco) e queste sensazioni (elenco) decide di iniziare ad insultare malamente il signore che ha davanti. Secondo voi che conseguenza ha questa azione? E inoltre, gli consente di risolvere il problema?

Flashcard
contesto

Flashcard
emozione

Flashcard
pensieri

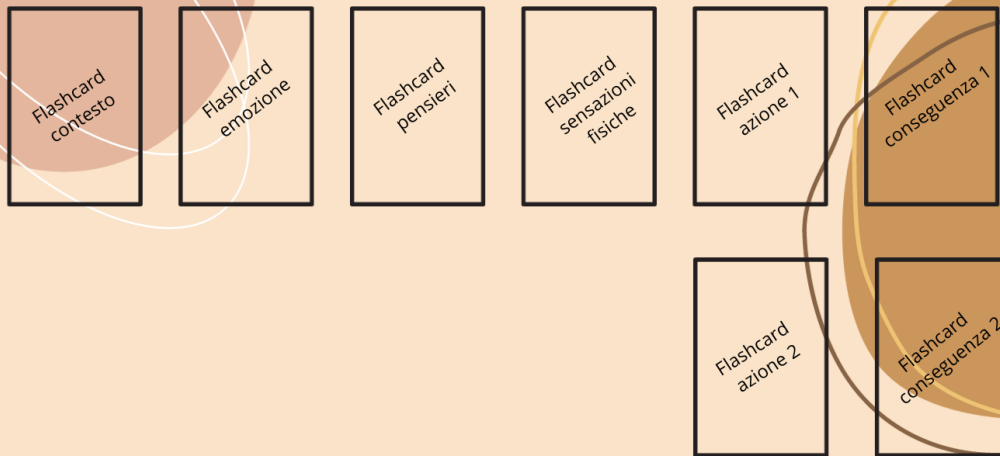
Flashcard
sensazioni
fisiche

Flashcard
azione 1

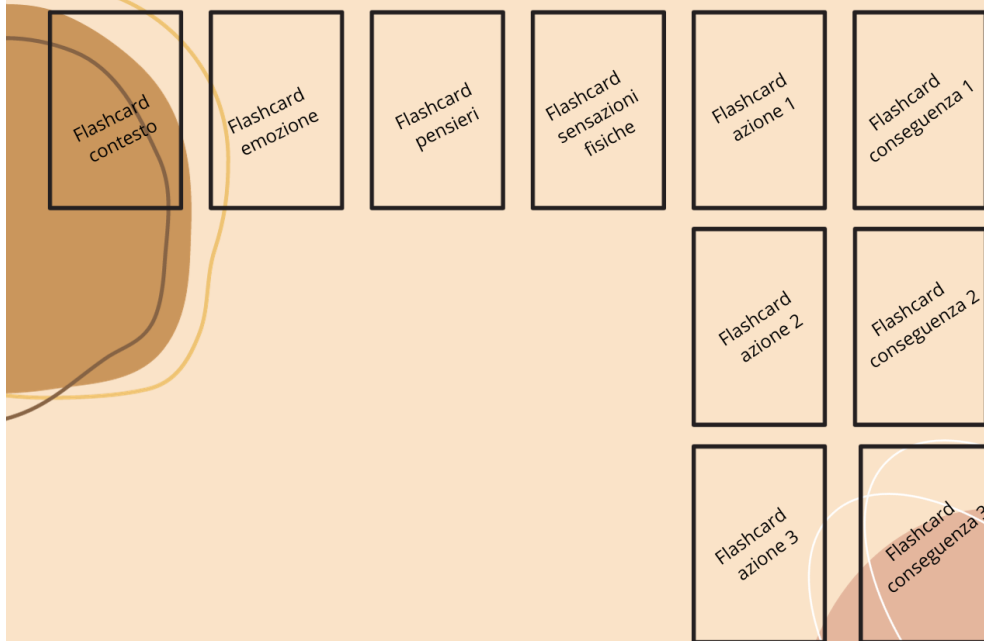
Flashcard
conseguenza
1

Allegato 28: scheda tecnica per il modulo opzionale "Comprendere e gestire le emozioni"(esempio di storia 1)

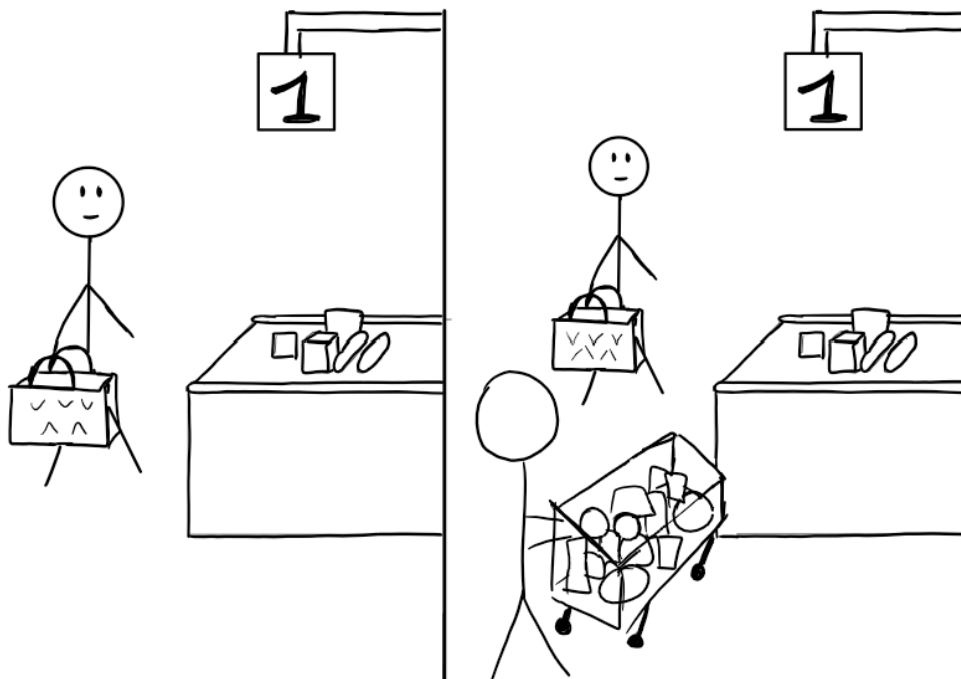
Porebbe però decidere di affrontare la situazione, dicendo al signore che gli è passato davanti (in modo calmo e con un tono di voce normale) “Mi scusi, mi ero già messo in fila, probabilmente lei senza accorgersene mi è passato davanti. Potrebbe mettersi in fila dietro di me? Grazie!”
Secondo voi che conseguenza ha questa azione? E inoltre, gli consente di risolvere il problema?



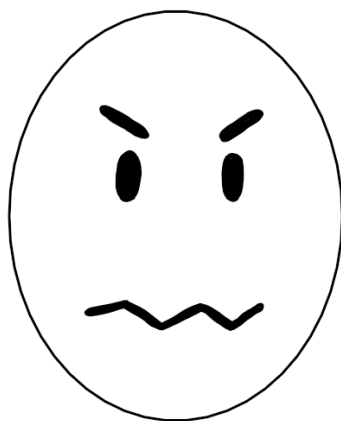
Oppure Carlo potrebbe reagire mettendosi a piangere e spostandosi silenziosamente in fila in un'altra cassa, dove ci sono già altre tre persone in coda. Secondo voi che conseguenza ha questa azione? E inoltre, gli consente di risolvere il problema?



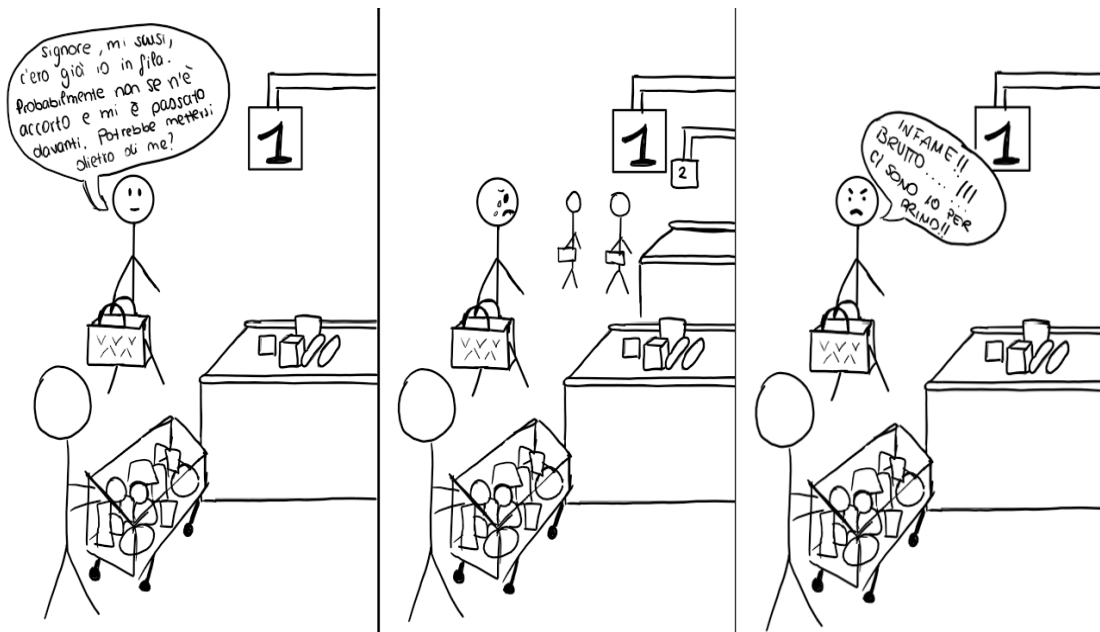
Allegato 29: scheda tecnica per il modulo opzionale “Comprendere e gestire le emozioni”(esempio di storia 2)



Allegato 30: flashcard per il modulo opzionale “Comprendere e gestire le emozioni”- contesto



Allegato 31: flashcard per il modulo opzionale “Comprendere e gestire le emozioni”- emozione



Allegato 32: flashcard per il modulo opzionale “Comprendere e gestire le emozioni”- azioni

ALLA SCOPERTA DEI TUOI VALORI

Attività che prevede l'integrazione della fase 5 del modulo opzionale “Dimissione: obiettivo alla dimissione” del manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* a cura di Nicola Vendittelli, Franco Veltrò, Ines Oricchio, Massimo Cappuccini, Rita Roncone, Paolo Simonato, con i seguenti riferimenti al capitolo 9 del manuale *La guida essenziale all'ACT* di Emanuele Rossi: foglio di lavoro sul centro del bersaglio, metafora della bussola, metafora del Sentiero di montagna

Fruitori: Singolo.

Obiettivo: Aiutare il paziente ad individuare degli obiettivi da perseguire a breve e medio termine dopo la dimissione, orientati sulla base dei valori (intesi in termine ACT) propri del paziente.

Materiale: Scheda presente in questo documento, penne/pennarelli/matita e gomma.

Procedimento:

1. Come dal manuale *L'Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* chiedere come si sente in questo momento, evidenziando i sintomi che presenta ora. In particolare, chiedere al paziente se sono gli stessi che presentava a inizio ricovero. Si chiede anche che previsione ha il paziente per la data di dimissione
2. Somministrare al paziente la scheda presente dalla seconda pagina di questo documento.
3. Durante l'incontro, chiarire i dubbi del paziente, soffermarsi (quando lo si ritiene opportuno) a chiedere al paziente come si senta, che pensieri, emozioni ha, se è stata un'attività utile o meno.

Allegato 33: scheda tecnica per il modulo opzionale “Dimissione: obiettivo alla dimissione”

Grazie per volerti mettere in gioco e voler ricercare in te i tuoi valori, ovvero ciò che permette di dare un significato profondo e una direzione alla tua esistenza come persona. Sono le azioni, i modi che scegli di usare ogni giorno per vivere la tua esistenza, per stare nel mondo e per agire verso ciò che per te è importante e significativo (ad esempio: comportarmi amorevolmente, mettermi in gioco, essere gentile, essere spontaneo).

Sono sempre presenti nella tua esistenza, anche quando ti sembra di averli “persi” o di poter riuscire più a percepirlti. Sono sempre presenti, sono qui ed ora.

Quindi i tuoi valori sono: cosa è veramente importante per te, cosa conta per te, cosa desidera più profondamente il tuo cuore, per cosa vuoi vivere la tua vita e quindi cosa motiva la tua esistenza, cosa la renderebbe veramente piena e significativa, chi vuoi essere veramente

Attenzione però! I valori sono qualità desiderate e liberamente scelte, non confonderli con decisioni, valutazioni, giudizi, non confonderli nemmeno con l’etica, la morale o ciò che la società o in generale gli altri ritengono “giusto/sbagliato” o “bene/male”

Non sono gli obiettivi stessi, ma sono le direzioni attraverso cui ci muoviamo e che ci portano a raggiungere molteplici obiettivi nella nostra vita. Sono quindi direzioni “verso” e non “via da”

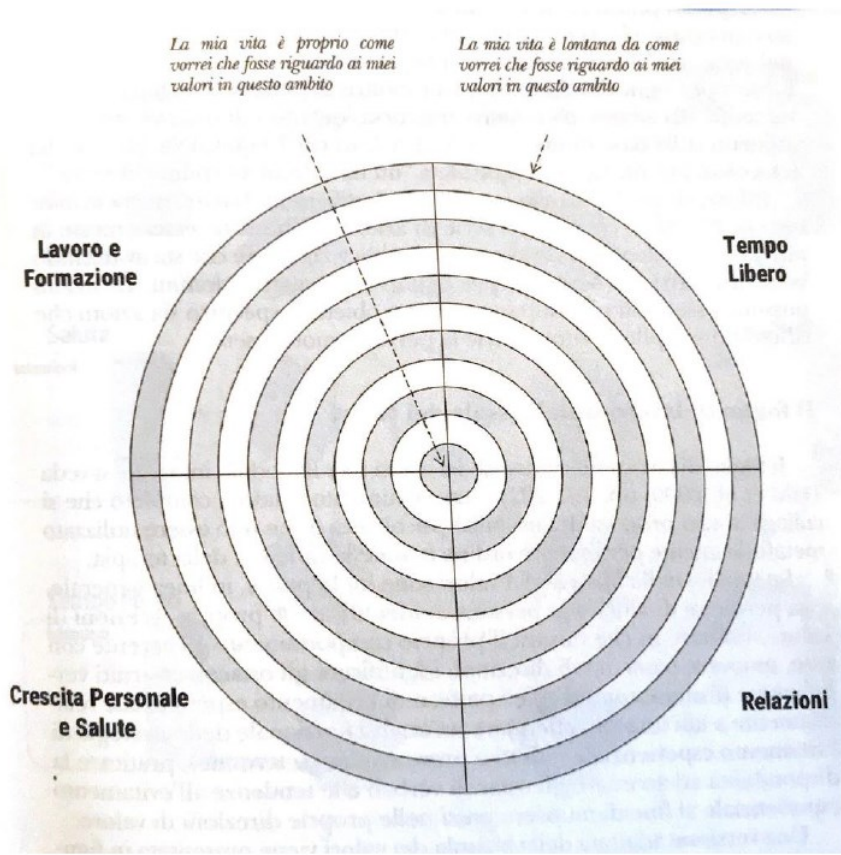
Per chiarire quanto appena letto, ti suggerisco di leggere anche questa metafora.

I nostri valori possono essere paragonati alle direzioni di una bussola. Nel caso in cui dovessi perderti e avessi con te una bussola, potresti usarla per vedere dove ti trovi e muoverti efficacemente nelle direzioni che desideri. Facciamo un esempio. Immagina di volerti muovere verso est. Nel fare questo potresti innanzitutto utilizzare la bussola per essere sicuro di essere rivolto verso est e successivamente scegliere un punto di riferimento, come la cima di una montagna, come obiettivo verso cui procedere in quella direzione. A questo punto, finché mantieni lo sguardo verso la cima della montagna, non dovrete avere nemmeno bisogno di usare la bussola per sapere se ti stai muovendo verso est. Tuttavia, che cosa accade nel momento in cui raggiungi la cima della montagna? Sei arrivato veramente a est? O invece da qui c’è ancora un est verso cui è possibile muoversi? E se muoversi verso est fosse, ad esempio, come comportarmi amorevolmente come amico [o qualsiasi altro valore scelto dalla persona]? Esistono in effetti molti modi in cui potresti essere un amico che si comporta amorevolmente, che corrispondono di fatto agli obiettivi che potresti

raggiungere muovendoti in quella direzione. Agire in questo modo tuttavia avrebbe mai una fine, un punto ultimo di arrivo? Ci sarebbe mai un momento in cui poter spuntare definitivamente dalla lista delle cose da fare nella vita quella di comportarti amorevolmente come amico? O piuttosto abbiamo a che fare con qualcosa che è continuo? E se stessimo parlando di un elemento fondamentale, di una parte centrale di ciò per cui vorresti vivere la tua esistenza, non potrebbe continuare a essere semplicemente così finché sarai in vita? Anche se un’amicizia dovesse concludersi, potresti continuare comunque a muoverti in quella direzione di valore?

Allegato 34: scheda per l’allegato espressivo “Alla scoperta dei tuoi valori”-I

Ti propongo ora questo esercizio: ti chiedo di individuare i valori che tu hai per ogni area di vita, e di indicare con una X se attualmente ti senti molto vicino o meno al vivere con questi valori.



I tuoi valori nell'ambito del lavoro e della formazione (carriera lavorativa, studio, acquisire nuove conoscenze, cultura, istruzione, volontariato e attività socialmente utili)

.....
.....
.....

I tuoi valori nell'ambito del tempo libero (attività di svago, divertimento, hobby, come ti rilassi)

.....
.....
.....
.....

I tuoi valori nell'ambito delle relazioni (relazioni con la famiglia, partner, amici, figli, colleghi, compagni di università/scuola, con i vari contatti sociali, ecc..)

.....
.....
.....

I tuoi valori nell'ambito della crescita personale e salute (spiritualità, salute fisica, salute psichica, esercizio fisico, alimentazione, rimozione dei comportamenti a rischio come bere alcolici, fumare, uso di droghe)

.....
.....
.....

Ora, ti chiedo di scegliere massimo due ambiti di vita su cui vorresti lavorare, su cui vorresti attuare delle *azioni impegnate*. Le azioni impegnate sono quelle azioni/comportamenti che ti permettono di muovere dei passi verso la direzione che hai scelto con la bussola dei tuoi valori, e che quindi ti permettono di mettere in atto ciò che per te è veramente importante.

Ambito 1

Ambito 2

Ora che hai scelto l'ambito o gli ambiti in cui vuoi lavorare, cerchiamo di individuare insieme degli obiettivi di lavoro, sulla base dei valori scelti

Obiettivo globale 1

Obiettivo globale 2

E adesso poniamo delle azioni concrete, che ti aiuteranno a fare i primi passi verso i tuoi obiettivi e verso i tuoi valori.

1. Il tuo obiettivo:

Azioni da fare nelle prossime 24 ore	
Azioni da fare entro le prossime 2 settimane	
Azioni da fare entro il prossimo mese	
Azioni da fare entro i prossimi 3 mesi	

2. Il tuo obiettivo:

Azioni da fare nelle prossime 24 ore	
Azioni da fare entro le prossime 2 settimane	
Azioni da fare entro il prossimo mese	
Azioni da fare entro i prossimi 3 mesi	

Non escludere che potrai trovare degli ostacoli nel tuo percorso. Quali potrebbero essere? Chi ti potrebbe aiutare nel superarli? Cosa potresti fare tu per superarli?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mi raccomando! Ringrazia te stesso/a per ogni piccolo passo avanti fatto e per ogni traguardo raggiunto, sii gentile con te stesso/a se farai qualche errore.

Allegato 37: scheda per l'allegato espressivo "Alla scoperta dei tuoi valori"-4

Data: ___/___/2023

QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE NELLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVE

Età: ____

Motivo di ricovero: _____

Le chiediamo cortesemente di compilare il seguente questionario anonimo.

L'obiettivo di questo questionario è quello di capire quanto è soddisfatto/a delle attività terapeutico-riabilitative proposte e quanto è stato utile per Lei parteciparvi.

La preghiamo di rispondere nel modo più sincero possibile, mettendo una X sulla risposta che ritiene più adatta all'esperienza di questo ricovero.

Per qualsiasi dubbio nella compilazione, il personale è a Sua disposizione!

Ha partecipato all'attività di gruppo sulla psicoeducazione?

1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Solo una volta	Una volta a settimana	Almeno due giorni a settimana	Almeno tre giorni a settimana	Tutti i giorni

Quanto Le è stato utile partecipare? (ad esempio: Ha appreso delle nuove informazioni? Ad esempio: sul motivo del Suo ricovero, sul legame tra stress e crisi, sui farmaci che Lei assume, ecc...?)

1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

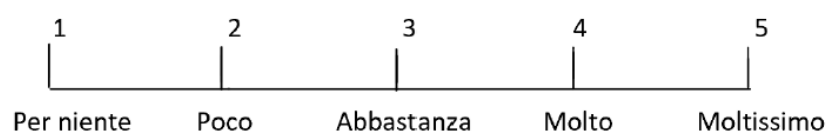
Se ha desiderato individuare degli obiettivi alla dimissione:

È utile per Lei aver individuato degli obiettivi da raggiungere alla fine del ricovero e dopo la dimissione?

1	2	3	4	5
----- ----- ----- ----- -----				
Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Allegato 38: Questionario sulla soddisfazione nella partecipazione alle attività terapeutico-riabilitative (1)

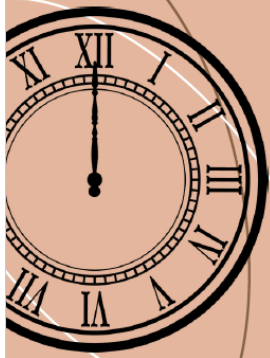
In generale, quanto si ritiene soddisfatto/a delle attività di gruppo proposte?



Eventuali note:

Grazie per aver compilato il questionario!

Allegato 39: Questionario sulla soddisfazione nella partecipazione alle attività terapeutico-riabilitative (2)



"Ogni cosa ha
il suo tempo"

In questo volantino sono
riportate tutte le attività che
vengono svolte
quotidianamente qui in reparto,
e il loro orario.

Per qualsiasi dubbio o
domanda,
il personale è a sua
disposizione!

SPDC BASSANO DEL GRAPPA ULSS 7



Allegato 40: fronte della brochure



7:30: Sveglia

8:00-8:30: Colazione

9:30-10:30: Visita medica



10:30-11:15: Accoglienza dei nuovi pazienti.

Attività di gruppo



11:30: Pranzo

12:00-14:30: Riposo e tempo libero



14:30-16:00: Attività di gruppo

16: 15-16:30: Merenda

16:30-18:00: Visite



18:30: Cena

18:30-22:00: Tempo libero



22:00: Corico

SPDC BASSANO DEL GRAPPA ULSS 7