

# Valutazione nell SPDC di Arezzo di "Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo in SPDC"

Author(s):

Travi M. affiliation: Psichiatra UFSMA Zona Aretina, Referente SPDC Ospedale S. Donato

Cappuccini M. affiliation: Infermiere Professionale UFSMA Zona Aretina

Pinzaglia L. affiliation: Infermiere Professionale UFSMA Zona Aretina

Serafini U. affiliation: Infermiere Professionale UFSMA Zona Aretina

Cesari G. affiliation: Psichiatra, Responsabile UFSMA Zona Aretina

Per inviare un commento a questo articolo clicca [qui](#).

To post a comment on this paper please click [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: Valutazione nell' SPDC di Arezzo di "L'Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo in SPDC" ">here](#).

---

## Abstract

The article describes the application, in the psychiatric ward of Arezzo General Hospital (SPDC), of the group psycho-educational approach defined as "cognitive group behavior therapy". The method regularly applied in the period March 2004 - December 2009 is described. The results, employing five efficiency indicators, show excellent participation in the psycho-educational sessions (84% of patients), frequent reductions in SPDC readmissions (from 22 to 14 patients), a stable and collaborative ward atmosphere between patients and staff, a significant reduction in the frequency of aggressive and violent behavior to the point of elimination and a high level of satisfaction on the part of patients and their families.

## Introduzione

Il Servizio di Salute mentale di Arezzo persegue dal 1974 un modello unitario e coerente orientato alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici della popolazione dell'area territoriale di riferimento (1,2,3). I risultati conseguiti da molti Servizi e dal DSM di Arezzo supportano la validità del modello italiano di psichiatria territoriale (4) e, in Toscana, del modello di dipartimento di salute mentale di comunità. Gli approfondimenti fatti con le Ricerche Progress hanno rilevato criticità sia per quanto riguarda gli SPDC (5) che le Strutture Residenziali (6).

L'assistenza in SPDC ad Arezzo, pur avendo livelli di eccellenza rispetto ai dati Progress Acuti, ci ha sollecitato a sperimentare l'approccio di gruppo psicoeducativo in SPDC definito "L' Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo in SPDC " (7) Una prima esperienza tramite un intervento cognitivo-comportamentale in SPDC (8) ha evidenziato risultati efficaci sulle ricadute e nel miglioramento clinico e sociale globale.

Tale approccio È stato successivamente sistematizzato e "manualizzato" da N. Vendittelli e F. Veltro; in tal modo È stato possibile formare degli operatori (medici, terapisti della riabilitazione, infermieri) in modo omogeneo attraverso corsi strutturati dall' Istituto Superiore di Sanità a partire dal 2004.

Seguendo tale progetto sin dal Maggio 2004 sono stati attuati i primi interventi di gruppo in SPDC.

L'oggetto del presente articolo È quello di mostrare i risultati dell'applicazione manualizzata del "metodo cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC" nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura dell'Ospedale di Arezzo nel periodo Maggio 2004 – Dicembre 2009.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell' Ospedale di Arezzo:

il SPDC dell'Ospedale S. Donato di Arezzo È un reparto di 7 posti letto + 1 D.H. ove vengono effettuati i ricoveri, volontari ed obbligatori, dell' UFSMA Zona Distretto di Arezzo.

Nel reparto prestano servizio continuativo infermieri ed operatori socio-sanitari ed È assicurata una presenza medica per fasce orarie ed in ogni condizione di necessità. Ad Arezzo il S.P.D.C. È l'articolazione ospedaliera del servizio territoriale (U.F. Salute Mentale Adulti) e non un reparto autonomo.

Nel periodo in osservazione i ricoveri sono stati 141.5/anno in media, con una degenza media di 16.5 giorni; i TSO sono stati in media 18.1/anno. Vi sono stati 30 D.H./anno (grafico 1).

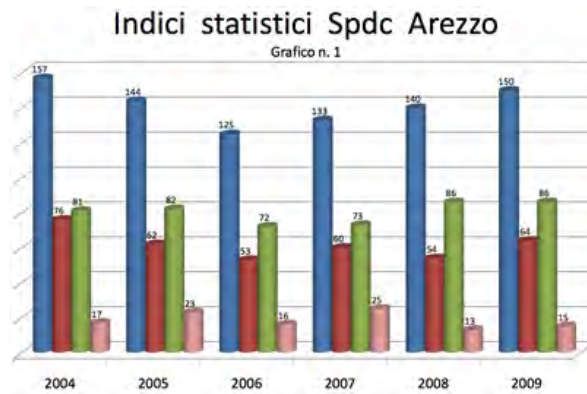


Grafico 1

## Materiali e Metodi

Descrizione de "l'approccio cognitivo-comportamentale di gruppo per Pazienti ricoverati in SPDC" L'obiettivo generale dell' intervento È quello di ottenere la partecipazione attiva ed informata dei Pazienti alle cure. Gli obiettivi specifici per i Pazienti sono quelli di aiutarli a "normalizzare" (9) la propria esperienza di malattia (cioÈ ad avere una visione "dimensionale" e non "categoriale" della propria malattia); ridurre l'isolamento dagli altri degenti mediante la condivisione dell' esperienza di malattia; aumentare la compliance al trattamento sia durante il ricovero sia dopo la dimissione; migliorare le abilità di riconoscimento dei segni precoci di ogni nuova crisi psichica in modo da diminuire le ricadute; migliorare l'autocontrollo e quindi l'autostima.

Gli obiettivi specifici per il Servizio sono di aumentare la motivazione e l'impegno degli Operatori e per ridurre il burn-out; migliorare la collaborazione tra Pazienti e fra Pazienti ed Operatori Professionali; per assistere pazienti e rinforzare gli Operatori a fronteggiare la malattia mentale acuta.

Caratteristiche dell'intervento Il modello stress-vulnerabilità come base per un approccio biopsicosociale, che integra i trattamenti farmacologici con quelli psicologici e di apprendimento di abilità sociali, risulta particolarmente efficace nel trattamento dei disturbi mentali gravi (10).

Esso afferma che i maggiori episodi dei disturbi mentali avvengono quando i Pazienti hanno un incremento della vulnerabilità biologica ed alti livelli di stress ambientale, tali da oltrepassare le capacità di fronteggiamento.

Il modello stress-vulnerabilità offre importanti orientamenti all' intervento cognitivo comportamentale; in tale direzione, viene insegnato ai Pazienti a riconoscere le situazioni che essi percepiscono come fortemente stressanti ed i segni precoci di ricaduta, così come si sottolinea l'importanza dell'aderenza al trattamento farmacologico.

Sono previsti addestramenti brevi all'uso delle abilità di comunicazione efficace e del metodo strutturato di problem solving. I pazienti sono inoltre invitati a definire con chiarezza gli obiettivi personali e a pianificare come raggiungerli dopo la dimissione. I sintomi persistenti sono normalizzati come esperienze che la maggior parte delle persone ha in situazioni di elevato stress biologico e psicosociale. Viene data maggiore importanza alle risorse personali e alle abilità dei pazienti piuttosto che ai loro deficit e disabilità.

Organizzazione e conduzione degli incontri Fin dalla prime sedute -Maggio 2004- (tenute da un medico e da un infermiere) ad Arezzo il Metodo È stato strutturato come momento centrale e come filo conduttore dell'attività terapeutica ed organizzativa dell' SPDC.

Il programma di gruppo È condotto da due Operatori professionali; ad Arezzo, dopo una sperimentazione in cui hanno partecipato infermieri, terapisti della riabilitazione e medici, attualmente le sedute sono gestite da due infermieri, come conduttore e co-conduttore. La presenza nel gruppo degli altri Operatori non impegnati in altre attività di servizio viene favorita ed incentivata, per migliorare, come detto negli obiettivi, la collaborazione tra Pazienti ed Operatori Professionali e per favorire un clima di reparto gradevole e non conflittuale. Il gruppo si svolge dal lunedì al venerdì e dura circa 1 ora e trenta; inizia al mattino, verso le 9.15 dopo la riunione fra medici ed infermieri, dove viene preso in considerazione il materiale emerso dei compiti effettuati il pomeriggio precedente e viene deciso il tema da trattare la mattina stessa.

Lo schema generale degli incontri prevede 6 fasi:

- Fase 1: Introduzione. Scopi, significati ed obiettivi
- Fase 2: Nuovi Pazienti. Presentazione
- Fase 3: Lavori del pomeriggio precedente. Illustrazione e feed-back
- Fase 4: Ricapitolazione dell'incontro precedente e riassunto
- Fase 5: Tema del Giorno. Argomento della mattinata
- Fase 6: Chiusura. Riassunto, ringraziamenti, lavori pomeridiani

Ogni sessione riguarda un tema principale che viene sviluppato nell'arco di un incontro, a volte in due sedute. I temi sono divisi in due gruppi:

1) Temi costanti: sono cinque (Che cosa È accaduto prima del ricovero, Modello stress-vulnerabilità, Psicofarmaci, Segni precoci di crisi, Obiettivi individuali alla dimissione) e si susseguono dal primo al quinto per poi ripartire, a rotazione, dal primo in avanti.

### Moduli fissi della psicoeducazione

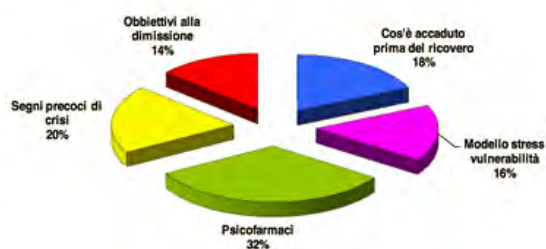


Grafico 2

2) Temi opzionali: sono undici (alcol, Allucinazioni, Ansia e paura, Delirio e pensiero psicotico, Disturbi dell'umore: tristezza e gioia, Disturbi di Personalità del Cluster B: rabbia, Disturbi di Personalità: vantaggio secondario, Idee di Suicidio, Trattamento Sanitario Obbligatorio, Benessere Fisico: alimentazione ed attività motoria, Comprendere e gestire le emozioni) e vengono inseriti, interrompendo la rotazione dei temi costanti, nel caso si presentino esigenze di affrontare temi proposti dal gruppo, o per chiarimento di particolari situazioni (ad esempio il Trattamento Sanitario Obbligatorio).

### Moduli opzionali della psicoeducazione



Grafico 3

Campione Il campione osservato È costituito da pazienti che hanno partecipato agli incontri di gruppo delle sedute psicoeducative in SPDC - periodo 2004 – 2009. Non È stata fatta alcuna selezione dei Pazienti, fotografando così la situazione reale, che vede invitati a partecipare al gruppo psicoeducativo tutti i pazienti ricoverati in grado di interagire fra loro e con gli operatori. Dal punto di vista del raggruppamento diagnostico (effettuato tramite ICD XCM), si evidenziano come più rappresentativi sul totale: 40% Pazienti dello spettro schizofrenico; 19% Disturbi Affettivi con sintomi psicotici; 34% Disturbi di Personalità (in particolare disturbo emotivamente instabile – tipo borderline); 5% Dipendenze; 2% Disturbi alimentari.

## Risultati

Sono stati presi in considerazione 5 indicatori di efficacia:

- a) partecipazione alle sedute psicoeducative da parte dei Pazienti
- b) frequenza delle riammissioni in SPDC
- c) atmosfera di reparto
- d) frequenza dei comportamenti aggressivi e violenti
- e) soddisfazione degli utenti e dei familiari in SPDC

a) partecipazione agli incontri psicoeducativi da parte dei Pazienti Il primo indicatore di efficacia È la elevata partecipazione ai moduli psicoeducativi in misura dell' 84 % di tutti i Pazienti ricoverati nel periodo osservato. Sono stati considerati come partecipanti i Pazienti che hanno frequentato 3 o più incontri psicoeducativi.

b) frequenza delle riammissioni in SPDC Le riammissioni nel periodo considerato sono significativamente ridotte (da 22 a 14)

## Riammissioni nel SPDC

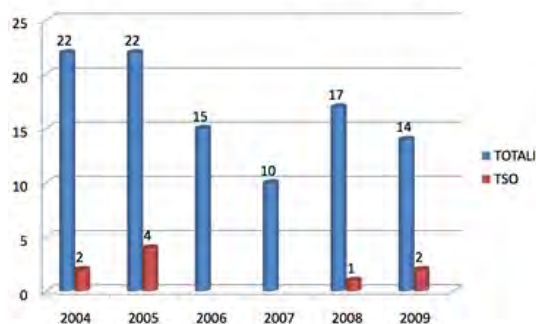


Grafico 4

c) "Atmosfera di reparto" L'atmosfera di reparto viene valutata con una scala sviluppata dall'Istituto Superiore di Sanità (11) Con questo strumento si quantifica la comunicazione tra i pazienti e i professionisti, la presenza/assenza di comportamenti aggressivi, violenti o bizzarri sulla base di 5-items di codifica.

Per facilitare l'assessment ogni livello di codifica oltre a contenere definizioni operazionali È caratterizzato da un colore:

- 1) bianco, se l'atmosfera È eccellente;
- 2) verde, se l'atmosfera È accettabile;
- 3) giallo, se uno o più pazienti hanno un comportamento disturbante che però non provoca allarme;
- 4) arancio, se uno o più pazienti presentano un comportamento disturbante che richiede un intervento immediato ma senza procedere a un eventuale contenimento;
- 5) rosso, se il comportamento disturbante È talmente grave che richiede l'uso del contenimento per effettuare la terapia.

La prevalenza del codice verde (79%) nel triennio 2006-2009 evidenzia un prolungato clima di reparto stabile e collaborativo fra pazienti ed operatori.



Grafico 5

d) " comportamenti aggressivi, distruttivi, agitati e bizzarri in modo inquietante" Il dato mostra una netta riduzione, fino all'azzeramento, di agiti aggressivi dei Pazienti.

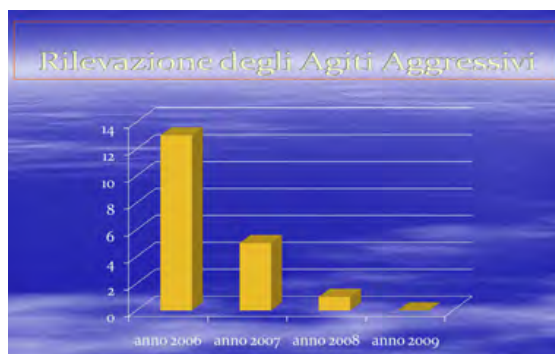


Grafico 6

e) Soddisfazione degli utenti e dei loro familiari È un questionario breve autocompilato che deriva da uno strumento di valutazione messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità (12). Gli items selezionati valutano la soddisfazione per:

- 1) "l'assistenza ricevuta";
- 2) "la disponibilità dei professionisti quando richiesta";
- 3) "l'aiuto ricevuto";
- 4) "l'utilità della partecipazione alla psicoeducazione";
- 5) "le informazioni ricevute durante il ricovero";

- 6) "compliance farmacologica";
- 7) "utilità del ricovero".

Per ogni item ci sono 5 livelli di codifica, con relative definizioni operazionali, che variano da "poco o per niente" (livello 1) a "moltissimo o sempre soddisfazione (livello 5).

I pazienti sono invitati a compilare il questionario subito prima della dimissione.

Hanno riconsegnato il questionario il 71 % degli utenti ricoverati; la percentuale di soddisfazione È apparsa sempre elevata (dal 58 al 73%) in tutti gli items descritti.

1. "Le sembra di aver ricevuto le cure giuste per la risoluzione del suo problema?"

- poco: 3%
- abbastanza spesso: 11%
- si, tranne poche eccezioni: 28%
- si, senza eccezioni: 58%

2. "I medici, gli infermieri ed il resto del personale di servizio l'hanno aiutata/o quando ne ha avuto bisogno?"

- poco: 3%
- abbastanza spesso: 11%
- si, tranne poche eccezioni: 13%
- si, senza eccezioni: 73%

3. "È soddisfatto di quello che ha fatto il personale quando un Paziente si sente male e fa cose che possono disturbare o spaventare?"

- poco: 1%
- abbastanza spesso: 3%
- si, tranne poche eccezioni: 11%
- si, senza eccezioni: 27%
- non È mai successo: 58%

4. "Le sono state date informazioni sulle sue condizioni di salute?"

- poco: 0%
- abbastanza spesso: 16%
- si, tranne poche eccezioni: 11%
- si, senza eccezioni: 73%

5. "È stato informato sui vantaggi e su eventuali effetti spiacevoli delle medicine che sta prendendo?"

- poco: 5%
- abbastanza spesso: 26%
- si, tranne poche eccezioni: 8%
- si, senza eccezioni: 61%

6. "Nel complesso, le sembra di essere stato aiutato e di aver migliorato la sua vita?"

- poco: 5%
- abbastanza spesso: 26%
- si, tranne poche eccezioni: 8%
- si, senza eccezioni: 61%

## Conclusioni

Dai dati esposti ci sembra opportuno sottolineare il clima di reparto e le valutazioni di gradimento da parte delle persone ricoverate. Questi dati ci fanno ritenere che il lavoro che si sta facendo abbia un riscontro sufficientemente positivo.

- Pur non potendo in questo articolo fare una valutazione di quali siano gli elementi che incidono maggiormente nel cambiamento, riteniamo che sia significativo che alcuni dati siano migliorati dopo l'introduzione nell'SPDC dell'intervento psicoeducativo di gruppo.
- Alcuni elementi che riteniamo siano utili per favorire un clima di reparto positivo sono: piccolo numero di pazienti (È molto diverso un piccolo gruppo di persone: da 5 a 8 come nel nostro SPDC, rispetto a 15 o anche più), ricovero deciso dallo psichiatra e non dal Pronto Soccorso (È un "privilegio" rispetto agli altri specialisti) finalizzato a non fare entrare in un reparto non adeguato per loro persone il cui scompenso comportamentale sia in relazione a problematiche mediche di ordine generale e a non ricoverare persone in stato di incoscienza che si "risvegliano" solo in reparto. La maggior parte dei problemi comportamentali dei ricoverati sono legati a questa situazione, nei rari casi in cui lo psichiatra non È stato nella possibilità di contrastare la pressione al ricovero da parte del Pronto Soccorso.

- Clima di reparto sufficientemente informale
- Giornata di degenza organizzata

## Riferimenti

- 1) Martini P, Cecchini M, Corlito G, D'Arco A, Nascimbeni P. A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization. In Focus on the Italian psychiatric reform, C. Perris and Kemali eds. Acta Psych. Scand., 1985. Suppl. 316, 95-120
- 2) Martini P, Corlito G, d'Arco A, Domenici F, Fusi P, Rinaldelli AF. Il modello organizzativo di un unico servizio di salute mentale a struttura dipartimentale centrato sulle attività extraospedaliere, in Realtà e prospettive della riforma dell'assistenza psichiatrica, Zerbetto R (a cura di), Ministero della Sanità, Roma, 1985, 105-131
- 3) Martini P, L'esperienza del Dipartimento Salute Mentale di Arezzo, in Le buone pratiche in salute mentale – La Fondazione Mario Lugli 2000 – 2005, pp 51-71, Biblink editori, Roma 2007
- 4) Mosher L.R., Burti L. Psichiatria Territoriale, Milano, Feltrinelli, 1991
- 5) Osservatorio di epidemiologia Risposta alla acuzie e ricovero psichiatrico – una valutazione delle strutture per il ricovero e l'accoglienza in Toscana: la ricerca Progres Acuti, Marzo 2007, Firenze
- 6) De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa D, Morosini P. Le strutture residenziali ed i loro ospiti: i risultati della fase 2 del progetto nazionale Progres in Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement 7, Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
- 7) Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I et al. in L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di diagnosi e Cura, Torino, Centro Scientifico Editore, 2003
- 8) Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Rosicarelli ML, Fowler D, La Terapia Cognitivo-Comportamentale di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, in Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001, 10: 27-36
- 9) Fowler D, Garety P, Kuipers E. Terapia cognitive-comportamentale delle psicosi, Milano, Masson, 1997
- 10) Roth A, Fonagy P, Psicoterapie e prove di efficacia, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- 11) Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Morosini P. Patients and relatives satisfaction with services in a large catchment's area in Rome. European Psychiatry 2002;17:139-47
- 12) Veltro F, Vendittelli N, Oricchio I, Addona F, Avino C, Figliolia G.L. Studi di efficacia nella pratica dell'intervento cognitive-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow up di 4 anni, Giorn Ital Psicopat, 2007, 13; 497-503

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.