



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Aroasio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
di Cerveri G.

**12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
di Percudani M. e Clerici M.

### RECENSIONI

**15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni*  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

**26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŕtino A.

**30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Aroasi P.L.

**37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Aroasi P.L.

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati*  
di Durbano F., Delvecchio G.

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŕtino A., Gambini O.

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)



# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

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

Bellini L.<sup>o</sup>, Papini B.<sup>o</sup>, Spera M.<sup>\*</sup>, Vergani V.<sup>^</sup>, Mencacci C.<sup>§</sup>

### ABSTRACT

L'obiettivo dell'Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo (ICCG) nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) è quello di migliorare la competenza, la partecipazione attiva e l'adesione alle cure dei Pazienti, riducendo di conseguenza anche la frequenza di agiti aggressivi/violenti e il ricorso a misure coercitive. Abbiamo introdotto questo trattamento presso il nostro reparto per verificarne l'efficacia e l'opportunità di un inserimento routinario.

Questo studio pilota ha confrontato il gruppo di Pazienti che aveva preso parte al ICCG presso il nostro SPDC con uno di controllo, formato da degenti ricoverati nell'anno precedente l'introduzione dell'Intervento. Il focus della nostra attenzione era prevalentemente orientato agli effetti del trattamento su adesione alle cure, aggressività e suo contenimento. Un confronto analogo è stato fatto all'interno del solo gruppo dei partecipanti tra il semestre precedente e quello successivo all'Intervento. Dato che il numero ridotto del campione non supportava un'analisi statistica, i risultati di questo report sono solo descrittivi e preliminari, mentre continuiamo a raccogliere i dati per ampliare il campione.

Nel primo confronto il numero di Pazienti contenuti, gli episodi di contenzione e la durata degli stessi, sono risultati nettamente inferiori nel gruppo partecipanti. Anche l'adesione successiva alle cure territoriali si è mostrata migliore in questo gruppo. Tra i soli partecipanti, nel semestre precedente l'ICCG sono risultati più numerosi

e più lunghi i ricoveri, si sono registrate più contenzioni e di maggiore durata rispetto a quello successivo. In entrambi i confronti i nostri dati sembrano confermare precedenti studi sull'impatto positivo dell'ICCG sulle variabili connesse alla mancata compliance alle cure e all'aggressività.

In conclusione, benchè preliminari, i dati raccolti presso il nostro SPDC suggeriscono che l'ICCG, mirato ad aumentare la consapevolezza e la partecipazione alle cure, si mostri utile alla riduzione dell'aggressività e al miglioramento della sua gestione nei reparti per acuti.

### INTRODUZIONE

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo (ICCG) è stato concepito principalmente a partire dagli studi di Fowler sul trattamento cognitivo comportamentale individuale nella terapia delle psicosi (Fowler et al., 1995; Morosini, 1998) e dal modello di intervento psicoeducativo di Falloon (Falloon et al., 2004).

Il modello teorico di riferimento è quello definito "stress-vulnerabilità-coping" (Fowler et al., 1995; Casacchia et al., 2000) che focalizza l'attenzione sugli eventi stressanti e sulle risorse individuali di fronteggiamento. La vulnerabilità allo stress, intesa come fattore di rischio per le riacutizzazioni psicopatologiche, è modificabile attraverso l'utilizzo di strategie di coping adeguate: a livello biologico, attraverso l'utilizzo di farmaci, a livello psicologico e sociale modificando pensieri, emozioni e comportamenti per renderli maggiormente adattivi. D'altra parte il gruppo valorizza il confronto tra pari al fine di promuovere un clima di accettazione e collaborazione e un reciproco scambio di restituzioni e commenti propositivi (Liotti, 1995).

L'obiettivo generale dell'ICCG è quello di ottenere la partecipazione attiva e informata del paziente alle cure e, conseguentemente, diminuire la frequenza dei comportamenti violenti e aggressivi. Per gli operatori è uno strumento utile per acquisire informazioni cliniche sui pazienti osservati nella dinamica di gruppo, migliorare

le relazioni e il clima del reparto e ridurre il fenomeno del burn out. L'introduzione di questo intervento all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) a integrazione delle terapie farmacologiche ha prodotto miglioramenti nella competenza dei Pazienti, nell'aderenza alle terapie farmacologiche, nel funzionamento psicosociale, nella capacità di far fronte allo stress e nel numero di rientri in seguito al ricovero indice (Casacchia et al., 2008; Veltro et al., 2007; Veltro et al., 2013; Raune et al., 2011; Zucca et al., 2017).

Il nostro SPDC si sta impegnando nel reperimento di strumenti che consentano di ridurre il ricorso a pratiche restrittive: eravamo quindi molto interessati all'introduzione di strategie utili a rinforzare l'adesione ai motivi del ricovero e alle cure. Dal marzo 2019 si è introdotto l'utilizzo dell'ICCG all'interno del reparto con l'obiettivo di verificare, nel contesto di un SPDC metropolitano ad elevato turnover di accettazioni, i risultati di precedenti studi che riportavano il miglioramento della consapevolezza e della capacità di gestione delle crisi dei Pazienti come incisivo sulla riduzione degli episodi di aggressività o violenza (Dosa et al., 2010; Travi et al., 2010) e quindi sul ricorso a misure coercitive (Veltro et al., 2005).

Per valutare l'impatto del ICCG sui nostri pazienti e la sua eventuale inclusione routinaria tra le pratiche del SPDC abbiamo confrontato alcuni indicatori di partecipazione alle cure ed efficacia nel tempo tra Pazienti non partecipanti e partecipanti al trattamento e, tra questi ultimi, abbiamo confrontato il semestre precedente con quello successivo al ricovero indice.

## **METODO**

Date le dimensioni numericamente ridotte del campione questo report è solo descrittivo. Stiamo continuando a incrementare il nostro campione per consentire una analisi statistica affidabile.

Lo scopo di questo studio era di osservare se la partecipazione all'ICCG inducesse dei cambiamenti rispetto agli esiti del ricovero, alla partecipazione alle cure, alla

progettualità personale rispetto al proprio percorso terapeutico e soprattutto se potesse ridurre gli agiti aggressivi durante la degenza e conseguentemente il ricorso al contenimento meccanico della stessa.

Il primo confronto ha riguardato il gruppo di pazienti partecipanti all'ICCG vs il gruppo di controllo, utilizzando come indicatori di efficacia del metodo: la durata del ricovero, i TSO attuati in reparto, le dimissioni volontarie, gli agiti di violenza e/o di aggressività, il numero, la motivazione e la durata delle misure contenitive. È stato inoltre valutato il proseguimento delle cure sul territorio dopo le dimissioni. Sul solo gruppo di partecipanti si è condotto un confronto valutando il numero dei ricoveri, la loro durata e tipologia, gli agiti aggressivi e le contenzioni nei sei mesi precedenti e successivi all'intervento.

## **Setting e materiali**

Come modello di intervento ci siamo attenuti a quello manualizzato da Vendittelli, preferendo come riferimento la seconda anziché la terza versione (Vendittelli et al., 2008; Vendittelli et al., 2015). L'ICCG si è tenuto tre mattine a settimana (lunedì, mercoledì, venerdì) nel salone da pranzo del SPDC per la durata di circa un'ora. Ogni ciclo completo prevedeva la somministrazione ai Pazienti dei 5 moduli costanti corrispondenti a quelli del manuale: "Cosa è accaduto prima del ricovero", "Modello stress-vulnerabilità", "Psicofarmaci", "Segni precoci di crisi" e "Obiettivi individuali alla dimissione". Ogni argomento è stato trattato con modalità cognitiva e maieutica. Abbiamo somministrato il modulo "Psicofarmaci" in due incontri per l'interesse e l'attenzione particolari solitamente manifestati dai nostri pazienti per l'argomento. Per lo svolgimento di un intero ciclo di sei incontri erano quindi necessarie due settimane.

Il gruppo prevedeva la presenza contemporanea di due operatori, il conduttore per la trattazione dell'argomento e attento alle dinamiche del gruppo e il co-conduttore per facilitare lo scambio comunicativo e per segnare i principali punti trattati su una lavagna. Quando presente il

medico ha svolto sempre il ruolo di conduttore, affiancato dallo psicologo o dall'educatore (37 incontri); questi ultimi due professionisti hanno condotto gli altri 23 incontri. Non è stato possibile, per motivi organizzativi, che gli infermieri conducessero la discussione pomeridiana dei moduli con i pazienti partecipanti al gruppo del mattino, come previsto dal manuale. Tutti i Pazienti venivano invitati a partecipare, a meno di motivazioni ostative da parte del curante. I pazienti si disponevano con le sedie in semicerchio e il conduttore e il co-conduttore sedevano tra di loro. Dall'inizio dell'emergenza sanitaria Covid-19 sono state rispettate tutte le regole di distanziamento e protezione durante lo svolgimento dei gruppi.

Questo report fa riferimento al periodo compreso tra la metà di settembre 2019 e il maggio 2020, durante il quale nel nostro SPDC si sono svolti 10 cicli completi dei 5 moduli costanti. Altri cicli sono stati iniziati ma non portati a termine per problemi organizzativi in reparto o eccessivo turnover dei pazienti. Ci siamo infatti sempre posti come requisito minimo per lo svolgimento del gruppo la presenza di almeno 3 pazienti.

### **Partecipanti totali**

I posti letto presso il nostro SPDC sono 15. Nel periodo preso in considerazione hanno partecipato all'ICCG 109 pazienti in totale, con una media di 3 incontri per partecipante.

L'età media dei 109 partecipanti era di 43 anni (ds 14,9) con una distribuzione praticamente uguale tra i sessi, 55 maschi e 54 femmine. In media hanno partecipato 5 pazienti a incontro. Nonostante venissero invitati anche i pazienti in TSO, la loro partecipazione non è stata frequente: sui 60 incontri svolti sono stati presenti 18 volte. In alcuni casi, è stato possibile concludere il ciclo di incontri nonostante le dimissioni, o perché i pazienti erano presenti in regime di DH per monitoraggio post dimissione, o perché volontariamente presenti in reparto come esterni allo scopo di terminare gli incontri.

Le diagnosi dei partecipanti sono state formulate secon-

do i criteri del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2015) e raggruppate in macroaree diagnostiche. Si è deciso di considerare la diagnosi al momento della dimissione e di escludere la categoria "dipendenze" in quanto, nel nostro campione, sempre presente solo in comorbidità.

Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

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

### **Criteri di inclusione/esclusione del campione e gruppo di controllo**

Il confronto dei dati ha preso in considerazione un campione più piccolo dal momento che abbiamo deciso di escludere chi ha presenziato ad un solo incontro o ha partecipato a più incontri ma non nel corso dello stesso ricovero.

Dopo questa correzione, il campione di partecipanti ai gruppi si è ridotto a 36 maschi e 33 femmine per un totale di 69 pazienti, con un'età media di 42 anni (ds 15). Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

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

Hanno partecipato in media a 4 incontri.

Il gruppo di controllo è stato formato recuperando i dati dei degenti ricoverati negli stessi periodi in cui si sono svolti i gruppi nel 2019 ma l'anno prima dell'introduzione dell'ICCG. Poiché l'avvio dell'ICCG in reparto è iniziato

nel marzo 2019, l'arruolamento dei pazienti per il gruppo di controllo è terminato in questa data. Il campione di controllo è risultato composto di 64 pazienti con un'età media di 43,5 (ds 16,3) anni, divisi in 34 maschi e 30 femmine; 39 di loro avevano una diagnosi appartenente allo spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, 15 di disturbo depressivo o bipolare e 10 di disturbo di personalità (tabella 1).

Non per tutti questi pazienti è stato possibile avere informazioni su alcune variabili studiate dopo le dimissioni perché al di fuori della competenza territoriale o perché seguiti privatamente.

giorni, mentre nel gruppo di controllo uno di 21 giorni.

Tra i partecipanti all'ICCG 3 si sono dimessi volontariamente: la loro diagnosi era di disturbo di personalità. Nel gruppo di controllo ci sono state 2 dimissioni volontarie in pazienti con diagnosi di psicosi e disturbo di personalità.

Per il calcolo delle contenzioni si è fatto riferimento all'apposito registro regionale.

Sui 69 partecipanti all'ICCG 6 sono stati contenuti per un totale di 7 episodi di contenzioni e 66,7 ore complessive (durata media della contenzione per paziente 11,1 ore; ds 8,7) mentre il campione di controllo registra 12 pazienti contenuti, per un totale di 48 episodi e per un tempo complessivo di 386,5 ore (durata media della

**Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche del campione**

	<b>Gruppo Partecipanti</b>	<b>Gruppo di controllo</b>
<b>Numero di pazienti</b>	69	64
<b>Età media</b>	42 Ds 15	43,5 Ds 16,3
<b>Sesso</b>	36 M -33 F	34 M - 30 F
<b>Diagnosi</b>	29 disturbi depressivi e bipolari 20 disturbi spettro schizofrenia e psicosi 18 disturbi della personalità 1 disturbo d'ansia 1 disturbo della nutrizione e alimentazione	15 disturbi depressivi e bipolari 39 disturbi spettro schizofrenia e psicosi 10 disturbi della personalità
<b>Pz rintracciabili nei CPS</b>	42	42

## RISULTATI

### Partecipanti vs gruppo di controllo

La durata del ricovero è stata in media di 14 giorni (ds 9,8) per i 69 partecipanti all'ICCG e di 18 giorni (ds 20,5) per il gruppo di controllo.

Abbiamo considerato TSO eseguiti in reparto solo quelli avvenuti dopo almeno sei ore dal ricovero, equiparando quello effettuato nelle ore precedenti a quello eseguito in PS. Nel gruppo dei partecipanti si sono registrati due TSO, rispettivamente della durata di 6 e 18

contenzione per paziente 32,2 ore, ds 36,5) (Tabella 2).

Le motivazioni cliniche che hanno determinato tale intervento venivano elencate dal medico nell'apposito registro regionale. Il gruppo di partecipanti riportava 5 volte la motivazione "agitazione", 2 volte "aggressività". Nel gruppo di controllo tale intervento veniva motivato 9 volte a causa di "agitazione", 36 volte a causa di "aggressività".

Un obiettivo dell'ICCG è quello di rendere il paziente più consapevole del proprio disturbo, più informato sulle terapie e più attivo nel processo di cura. L'attesa

Tabella 2. Variabili confrontate tra i due gruppi di pazienti

	<b>GRUPPO PARTECIPANTI</b> 69 Pazienti	<b>GRUPPO DI CONTROLLO</b> 64 Pazienti
<b>Durata media del ricovero</b>	14 giorni ds 9,8	18 giorni ds 20,5
<b>Tso in reparto</b>	2	1
<b>Durata del tso</b>	6 e 18 giorni	21 giorni
<b>Dimissioni volontarie</b>	3	2
<b>Numero episodi di contenzione</b>	7	48
<b>Numero dei pazienti contenuti</b>	6	12
<b>Durata totale delle contenzioni</b>	66,7 ore	386,1 ore
<b>Durata media della contenzione per paziente</b>	11,1 ore ds 8,7	32,2 ore ds 36,5

era che chi ha seguito questo intervento di gruppo fosse più aderente al trattamento. Per questo motivo abbiamo scelto la variabile “aggancio al CPS” (presenza del Paziente presso il Servizio di competenza territoriale per i primi tre appuntamenti fissati dopo la dimissione dall’episodio indice) volta a misurare se alla dimissione chi ha partecipato al gruppo sia stato maggiormente costante nel recarsi in visita dal proprio psichiatra e/o abbia partecipato alle attività che gli venivano proposte dagli operatori.

Dei 69 partecipanti all’ICCG, 18 non erano residenti in zone di competenza della nostra Unità Operativa e non abbiamo potuto accedere ai dati di 9 pazienti perché seguiti da un curante privato. I rimanenti 42 avevano una cartella clinica aperta e consultabile presso i CPS ed erano noti al Servizio prima del ricovero. Per motivazioni analoghe anche il gruppo di controllo è risultato composto da 42 pazienti.

Nel gruppo dei partecipanti in 36 casi i pazienti si sono presentati al CPS per tutti e tre gli appuntamenti successivi alla dimissione, in 6 hanno mancato un incontro; nel gruppo di controllo 27 pazienti si sono presentati a tutti gli appuntamenti e 15 non si sono presentati affatto (Tabella 3).

Tabella 3. Aggancio ai Servizi Territoriali dopo le dimissioni

	<b>Gruppo di partecipanti</b>	<b>Gruppo di controllo</b>
<b>Frequenza regolare del CPS</b>	36	27
<b>Assenza immotivata</b>	6	15

### **Pazienti partecipanti all’ICCG: i sei mesi prima e dopo l’intervento**

Abbiamo analizzato per i 51 partecipanti all’ICCG residenti nella nostra Unità Operativa il numero di ricoveri, la durata, le contenzioni e i TSO nei sei mesi precedenti e successivi al trattamento.

I ricoveri prima dell’ICCG sono stati 16 per un totale di 198 giorni nei sei mesi precedenti mentre nei sei successivi 8, per la durata complessiva di 66 giorni.

Dei 16 ricoveri precedenti la partecipazione all’ICCG 8 hanno richiesto un TSO. La durata complessiva di tali provvedimenti è stata di 58 giorni (media 7,2; ds 5,3). Degli 8 ricoveri posteriori all’ICCG 4 sono avvenuti in regime di TSO. La durata complessiva è stata di 16 giorni (media 4; ds 2,4)

Gli episodi di contenzione avvenuti nei 16 ricoveri precedenti l'ICCG sono stati 21, effettuati su 4 pazienti, per un totale complessivo di 223 ore (durata media della contenzione per paziente 55,8; ds 46). Nel semestre successivo tra questi quattro pazienti, una è tornata in DH e un altro in regime di ricovero volontario nel corso del quale non è mai stato contenuto. Viceversa, un paziente che era stato ricoverato nel periodo precedente l'ICCG, senza bisogno di contenzioni, si è dimostrato particolarmente aggressivo durante il ricovero nei sei mesi successivi, tanto da richiedere tale provvedimento, della durata di 4 ore (Tabella 4).

finalità proposti. La media delle votazioni ha indicato un livello moderato di difficoltà.

Per potenziale utilità in termini clinici si intende il raggiungimento da parte dei partecipanti di una maggiore consapevolezza del disturbo, una migliore conoscenza delle finalità della terapia farmacologica, e quindi una più autentica adesione al trattamento. In quest'area si è valutato un buon livello di raggiungimento degli obiettivi.

Infine il livello di partecipazione dei pazienti è risultato mediamente molto soddisfacente.

**Tabella 4. Trattamenti Sanitari Obbligatorie e contenzioni nei sei mesi precedenti e posteriori all'ICCG**

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

### **Valutazione degli incontri da parte dei conduttori**

A conclusione di ogni modulo i conduttori hanno compilato una scheda di valutazione atta a misurare, su una scala Likert a 4 punti, la difficoltà nella conduzione, la potenziale utilità dell'incontro e il livello di partecipazione dei pazienti.

Il primo indice si riferisce alla difficoltà incontrata nella conduzione, rispetto alla fatica del contenere i pazienti più disturbati dai sintomi, provocatori o particolarmente acritici, oltre all'impegno per rimanere sul tema e le

### **DISCUSSIONE**

I dati raccolti da questo campione preliminare sembrano confermare altre ricerche e reports nazionali sull'efficacia dell'ICCG anche in contesti di trattamento delle patologie psichiatriche acute (Veltro et al., 2007; Veltro et al., 2013; Veltro et al., 2017)..

La prima raccolta di dati ha messo a confronto i pazienti partecipanti all'ICCG con un gruppo di controllo costituito dai pazienti ricoverati nello stesso periodo un anno prima.

La durata del ricovero è risultata leggermente inferiore tra i pazienti che hanno aderito all'attività, non in maniera sufficiente a confermare che la partecipazione al gruppo abbia ridotto i tempi di ricovero. Rispetto ai TSO e le dimissioni volontarie, basandoci su numeri esigui, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi.

Il nostro scopo principale era valutare se l'introduzione dell'ICCG, mediante il miglioramento della partecipazione attiva alle cure e del confronto reciproco positivo potesse contribuire a ridurre la gravità e la frequenza degli agiti aggressivi, come già evidenziato in altri recenti lavori sull'introduzione nei reparti per acuti di strumenti riabilitativi di gruppo (Zucca et al., 2017; Szabo et al., 2015; McCann et al., 2015).

Il numero delle contenzioni è apparso quasi dimezzato nel gruppo dei partecipanti rispetto a quello di controllo e si sono diversificate le motivazioni: nel gruppo di partecipanti tale provvedimento è stato preso più frequentemente a causa dell'eccessiva agitazione e irrequietezza del paziente, mentre nel gruppo di controllo per contenere agiti aggressivi.

Abbiamo osservato che le contenzioni nel gruppo dei partecipanti erano tutte antecedenti alla partecipazione all'attività. Questo dato può essere letto come naturale, dal momento che la partecipazione ad un gruppo spesso avviene una volta superata la prima fase di acuzie, oppure come un effetto della partecipazione al gruppo, che permetterebbe di sentirsi maggiormente accolti, ascoltati e competenti nel contenere alcuni sintomi critici.

Osservando la durata delle contenzioni si nota una drastica riduzione nei pazienti partecipanti al gruppo, passando dalle 386,5 ore del gruppo di controllo a 53,5. Il dato sembra confermare gli ancora pochi lavori sulla relazione tra introduzione negli SPDC di terapie riabilitative e riduzione del ricorso alla contenzione meccanica (Veltro et al., 2005).

I pazienti che hanno aderito al trattamento hanno dimostrato una maggiore compliance alle cure ambulatoriali dopo le dimissioni, presentandosi più regolarmente agli

appuntamento con il curante in CPS. Inoltre leggendo le annotazioni sul diario clinico territoriale di alcuni pazienti che da ricoverati hanno partecipato all'ICCG abbiamo trovato annotazioni quali: "molto più adeguato", "le nuove terapie sembrano più tollerate", "chiede informazioni sulla terapia", "telefona per sistemare la terapia". Nei moduli che trattano l'uso degli psicofarmaci e le strategie per riconoscere e gestire i segnali premonitori di ricaduta sintomatica, si invitano i pazienti ad avere un ruolo attivo nel monitorare il proprio stato di salute e a collaborare con il proprio psichiatra al fine di adeguare il dosaggio del farmaco alle oscillazioni psicopatologiche. I Pazienti si sono mostrati spesso curiosi e molto partecipativi a questi incontri, chiedendo informazioni o ponendo delle criticità che talvolta non erano emerse nei colloqui individuali. Annotazioni di questo tipo nel diario clinico territoriale, assenti nei colloqui precedenti al ricovero in cui si sono trattati questi argomenti e nei diari dei pazienti del gruppo di controllo, suggeriscono che la partecipazione all'ICCG abbia contribuito a formare pazienti più coinvolti, partecipativi e aderenti al proprio progetto terapeutico, elementi importanti per il miglioramento della prognosi e per raggiungere una più completa recovery (Cohen et al., 2007).

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

Il dato che abbiamo trovato più interessante riguarda il numero e la durata delle contenzioni, che sono diminuite da 21 su 4 pazienti a 1 passando da un numero complessivo di 222,25 ore a 4.

Considerando che le variabili cliniche sono state raccolte sugli stessi pazienti in periodi diversi è presumibile

pensare che le manifestazioni sintomatiche siano state simili ma che la partecipazione all'ICCG abbia consentito di raggiungere una migliore consapevolezza, la capacità di formulare una più precoce richiesta di aiuto, un miglioramento della fiducia negli operatori e abbia fornito maggiori strumenti per controllare alcune manifestazioni, specie quelle più gravi come l'aggressività e l'agitazione psicomotoria, come già evidenziato da altri studi (Cro, 2010).

L'introduzione dell'ICCG ha permesso di accedere ad un quantitativo di informazioni preziose sul paziente e sul suo modo di rapportarsi alla patologia, alla terapia e allo stare in relazione con gli altri all'interno di un gruppo. Malgrado non siamo riusciti a oggettivare tutte le nostre percezioni con indicatori clinici, ci sembra importante aggiungere che come equipe ci siamo trovati più volte a commentare la profondità degli scambi comunicativi ed emotivi emersi durante il gruppo. Questo strumento ci ha permesso di avere una conoscenza più globale del paziente e ha spesso modificato la relazione terapeutica migliorando la partecipazione attiva e la fiducia dei Pazienti nel percorso di cura. Ci è sembrato significativo che alcuni dimessi abbiano scelto di tornare in reparto solo per terminare il percorso di gruppo.

In conclusione questa osservazione preliminare conferma che l'introduzione in SPDC di strumenti riabilitativi di gruppo quali l'ICCG possa contribuire a promuoverlo a luogo deputato a elaborare la crisi, a ridefinire la terapia farmacologica sperimentando nuovi approcci clinici e nuovi modelli gestionali, a impostare delle strategie di prevenzione sulle ricadute e ad accrescere il consenso del paziente attraverso un sistema di cura community based. L'introduzione routinaria in SPDC di questo strumento, formando pazienti più competenti e aderenti al trattamento e alle strategie di recovery, sembra inoltre utile a ridurre notevolmente il ricorso a interventi coercitivi, migliorando la fiducia degli utenti nei confronti dei Servizi di cura (Ruggeri et al., 2012).

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

<sup>o</sup> *Psichiatra Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

<sup>\*</sup> *Psicologa Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

<sup>^</sup> *Educatrice Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

<sup>§</sup> *Direttore Emerito Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

#### CORRISPONDENZA

*[laura.bellini@asst-fbf-sacco.it](mailto:laura.bellini@asst-fbf-sacco.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Fowler D., Garety P., Kuipers E. *Behavior Cognitive therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley and Son, 1995.
2. Morosini P. *La valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici: il caso della terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi*. In: Fowler D., Garety., Kuipers E. (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi*. Milano: Masson, 1998.
3. Falloon IRK., Montenero I., Sungur M., et al. *Implementation of evidence based treatment for schizophrenic disorders: two years outcome of an international field trial of optimal treatment*. *World Psychiatry*, 3:104-109, 2004.
4. Casacchia M., Roncone R. *Trattamenti psicosociali familiari*. In: Pancheri P., Cassano GB. (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson, 2000.
5. Liotti G. *La teoria della motivazione in Lichemberg: un confronto con la prospettiva ecologica evolutivista*. *Psicoterapia*, 2:104-112, 1995.
6. Casacchia M., Cavicchio A., Di Pucchio A., et al. *Valutazione delle abilità di riconoscimento delle emozioni, di comunicazione e di risoluzione di problemi nell'ambito dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Valutazione di esito*. *Giornale italiano di psicopatologia*, 14 (S): 207, 2008.
7. Veltro F., Vendittelli N., Oricchio I., et al. *Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow up di 4 anni*. *Giornale italiano di psicopatologia*, 13 (4): 497-503, 2007.
8. Veltro F., Chiarullo R., Leanza V., et al. *Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di psichiatria*. *Riv Psichiatr*, 48: 2, 2013.
9. Raune D. & Daddi I. *Pilot Study of group cognitive behaviour therapy for heterogeneous acute psychiatric inpatients: treatment in a sole-standalone session allowing patients to choose the therapeutic target*. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39 (3): 359-365, 2011.
10. Zucca C., Ortolani E., Frattarolo S., et al. *Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo*. *Riv Psichiatr*, 52 (5): 200-207, 2017.
11. Dosa M., Cavicchio A. *Gruppi per il miglioramento dell'atmosfera di reparto e la diminuzione di comportamenti aggressivi*. *Abstract Book*, 2010;87. [http://www.sirp-abruzzo.it/cms/images/stories/abstract\\_book\\_sirp\\_2010.pdf](http://www.sirp-abruzzo.it/cms/images/stories/abstract_book_sirp_2010.pdf)
12. Travi M., Cappuccini M., Pinzaglia L. *Valutazione nell'SPDC di Arezzo di "L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC"*. *Nuova rassegna di studi di psichiatria, rivista online*, 1, 2010.
13. Veltro F., Cuccaro A., Vendittelli N., et al. *Valutazione dell'efficacia dell'intervento strutturato cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati*. *Riv Psichiatr* 6: 353-9, 2005.
14. Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Bazzoni A., et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2008.
15. Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Cappuccini M., Roncone R., Simonato P. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Milano: Edi-Ermes, 2015.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric press, 2013.
17. Veltro F., Sošto G., Gallo L. *Psichiatria. Efficacia ed efficienza dell'intervento psicoeducativo di gruppo: il bilancio delle esperienze nazionali a Campobasso*. *Quotidianosanità*. it, rivista online, 1, 2017.
18. Szabo KA., White CL., Cummings SE., Wang RS., Quanbeck CD. *Inpatient aggression in community hospitals*. *CNS Spectr*, 20: 223-230, 2015.
19. McCann T., Baird J., Muir-Cochrane EC. *Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: Staff perceptions within the context of patient aggression*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22: 102-8, 2015.
20. Cohen M., Andersen H. *Enhanced recovery orientation*. Aarhus, Denmark: The City of Aarhus, Department of

---

Social Services, 2007.

21. Cro F. *Diminuzione delle contenzioni nel SPDC di Viterbo: fattori di miglioramento interni ed esterni*. In: Sangiorgio P., Polselli CM. (a cura di). *Matti da (non) legare*. Roma: Alpes, 2010.
22. Ruggeri M., Bonetto C., Lasalvia A. et al. *A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial*. *Trials*, 13: 73, 2012.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### Segretario:

Carlo Fraticelli

#### Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

#### Consiglieri eletti:

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### RAPPRESENTANTI

##### Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### Membri di diritto:

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni