

7. L'esperienza dei gruppi: medico e psicologo nella promozione della salute sul territorio

Claudia Zamin & Attà Negri

7.1 Perché è importante non fermarsi all'ambulatorio medico

Raccontare quello “che si fa” attraverso la stesura di un progetto e condividerlo, è probabilmente il primo passo per divulgare l'esperienza, creare “cultura”, promuovere confronti, dibattiti e nuovi modi di intendere l'Assistenza Primaria sia dai pazienti sia dagli operatori.

Uno degli errori più comuni che solitamente si compiono nel pensare che un'idea venga riconosciuta è crearla, senza generare un canale di diffusione che permetta alla comunità locale, globale e scientifica di conoscerla ed usufruirne.

Come più volte sottolineato, il presente progetto, nato dall'esperienza positiva del gruppo romano del prof. Solano, è cominciato anche a Milano nel 2017 con i pazienti che un giorno, affacciandosi alla porta dell'ambulatorio, hanno trovato contemporaneamente due interlocutori, indipendentemente dalla motivazione che quel giorno li aveva spinti a bussare: medico e psicologo* erano lì per i pazienti gratuitamente.

Gli assistiti hanno iniziato così a conoscere l'iniziativa, ma chi poteva assicurare che questa opportunità si sarebbe conseguentemente divulgata e diffusa? Come basarsi soltanto sul “passaparola” dei pazienti verso altre persone (amici, colleghi, parenti, etc.)? Ben presto è maturata l'idea che questo non sarebbe bastato.

Si è reso necessario un piano di “diffusione dell'idea”, affinché il progetto prendesse piede e venisse riconosciuto con più attenzione e quindi usufruito dai pazienti, secondo differenti modalità e in base ai bisogni che che troverebbero giovamento nell'ascolto durante la copresenza, nella consultazione* psicologica, nell'attivazione di gruppi informativi e di gruppi di natura esperienziale.

L'obiettivo non era semplicemente comunicare la presenza dello psicologo* in affiancamento al medico, il tal giorno alla tal ora. Il fine era, ed è, più ambizioso: rendere nell'immaginario comune una prassi ed una normalità, considerare la salute fisica e psicologica, sullo stesso livello o meglio come due facce della stessa medaglia. Una persona, in

tale ottica, dovrebbe recarsi dal MMG mosso da un problema medico e/o psicologico con maggiore consapevolezza sulla possibilità di ricevere aiuto nell'uno e nell'altro ambito contemporaneamente perché profondamente interconnessi.

Sempre al paziente viene affidata la possibilità di scegliere la tipologia di intervento, maggiormente rispondente alle sue necessità: la visita, la copresenza, la consultazione* psicologica o il gruppo, interventi che non sono mutualmente autoescludentisi.

Inoltre, è bene evidenziare, come l'inserimento della figura dello psicologo*, all'interno dell'ambulatorio del medico, potrebbe promuovere un cambiamento della percezione, talvolta stereotipata, da parte dell'utenza: lo psicologo* è un professionista a cui non ci si rivolge solo se si "è matti", ma molto più semplicemente per migliorare il proprio benessere.

Data la flessibilità della proposta e la sua attenzione nel valorizzare l'unicità di ciascuna coppia medico – psicologo* pur nell'appartenenza ad una medesima équipe, si precisa che, gli incontri di carattere pubblico sono stati portati a compimento solo da alcune delle coppie MMG - psicologo* proprio per ragioni legate al contesto. Questo perché promuovere incontri nella realtà metropolitana di Milano può essere un po' più complesso – certamente non impossibile – rispetto ad un piccolo paese di provincia. Inoltre, promuovere gli incontri richiede ovviamente una sensibilità personale e uno spazio di lavoro che non sempre è possibile avere.

Detto questo, è assolutamente importante per chi si accinge a voler intraprendere la collaborazione MMG - psicologo*, prevedere un tempo e uno spazio, almeno di pensiero, dedicato all'esperienza dei gruppi che si ritiene essere molto preziosa, al pari degli altri interventi.

Quindi, non solo interventi vis à vis in ambulatorio come triangolazione medico-psicologo*-paziente ma anche interventi medico-psicologo*-grande gruppo⁸, con taglio informativo e educativo e incontri medico-psicologo*-piccolo gruppo. In quest'ultimo caso l'obiettivo è di offrire un accostamento meno "in superficie" rispetto ad un grande gruppo, ma allo stesso tempo meno invasivo rispetto all'interazione triadica della copresenza.

⁸ Una nota tecnica prima di entrare nel vivo della questione. Si precisa che le azioni in ambito di diffusione (volantini e incontri pubblici in grande gruppo) sono state autofinanziate dagli autori della medesima. In assenza di finanziamenti esterni, tale soluzione si è definita come quella più fruibile; invece, i piccoli gruppi hanno previsto un contributo calmierato dei pazienti che hanno permesso di sostenere le spese minime.

7.2 Diffusione tramite incontri pubblici

Il primo obiettivo è stato quello di diffondere “pubblicamente” l’esperienza, andando ben oltre la semplice sponsorizzazione in studio tramite poster, cartelli e passaparola⁹. Per questo motivo, il 5 maggio 2018 (circa sei mesi dopo la partenza ufficiale presso l’ambulatorio del medico), è stata riscontrata la necessità di presentare la collaborazione integrata MMG - psicologo* alla comunità circostante l’ambulatorio.

Successivamente gli incontri si sono tenuti mediamente ogni tre mesi, dando continuità all’iniziativa e sostenendo così la curiosità degli esterni. Il target degli incontri era primariamente rivolto agli assistiti del medico ma successivamente sono stati aperti a chiunque fosse interessato. La sala a disposizione poteva ospitare circa 90 persone e le 2 settimane precedenti gli incontri sono stati affissi dei poster di pubblicizzazione presso luoghi sensibili quali farmacie, biblioteche, caffetterie e piccole attività commerciali. L’idea di fondo parte dalla considerazione che se è la “popolazione generale” a poter usufruire dell’integrazione di base, allora gli stessi luoghi di diffusione devono essere quei luoghi in cui quest’ultima si reca e frequenta abitualmente. La durata media di ogni incontro (cinque in totale) è stata di due ore, sempre di sabato mattina per offrire una maggiore possibilità di partecipazione agli assistiti. Ogni incontro era libero e gratuito, al fine di mantenere una coerenza con la gratuità dell’informazione e della cura di base. Le tematiche trattate hanno riguardato la collaborazione medico-psicologo*, la paura della malattia, l’ansia, la depressione e l’alimentazione. Il filo conduttore di questi incontri concerneva l’identificazione di argomenti in cui l’ambito medico-psicologico si potessero intrecciare più visibilmente. Ogni volta che si è dovuto optare per un argomento da trattare, la domanda che MMG – psicologo* si sono posti era la seguente: “quali temi, più di altri, possono esemplificare l’utilità di chiedere ed ottenere informazioni da un medico e da uno psicologo* contemporaneamente”?

Qui di seguito si trovano tutti gli incontri attuati fino ad ora, in maniera sintetica, sottolineando i punti cardine toccati e quali sono stati i punti di forza e di criticità. Il fine è poter rendere delle idee, spunti di riflessione, che ciascuno può, anzi dovrebbe, declinare in base alla propria creatività e realtà territoriale.

⁹ Gli incontri pubblici sono stati condotti dal dr. Fumagalli e dal dr. Andreoli ad Inzago.

7.2.1 Incontro di presentazione del servizio Medico&PsicologoInsieme

Obiettivi:

- Presentare la possibilità di usufruire della copresenza nell'ambulatorio.
- Stimolare la riflessione: cosa intendiamo con "io sto male" quando vado dal medico? A volte, vado dal medico perché ho qualcosa che non va nel mio corpo, oppure qualcosa che non va nella mia "mente"? E se le due cose fossero collegate? Cosa succederebbe se potessi avere contemporaneamente due figure professionali esperte in tal senso?
- Fornire informazioni tecniche: quando c'è lo psicologo* in studio? Qual è la differenza tra copresenza e consultazione*? Ci sono tariffe calmierate per le consultazioni?

Strategie utili per coinvolgere il pubblico ed aumentare l'attenzione:

- Prima di iniziare: è stato somministrato il test "Attitudes Toward Seeking Professional Help" (Fischer & Turner, 1970).
- Durante l'incontro sono stati utilizzati dei cartoncini di diversi colori per coinvolgere i presenti in rapidi sondaggi.

Esempi:

"Nelle ultime due settimane Giacomo ha trovato difficoltà a calmarsi o rilassarsi. Si sente nervoso e intollerante. Ha avuto reazioni molto impulsive con i famigliari e i colleghi di lavoro. A chi dovrebbe rivolgersi Giacomo per ricevere aiuto?"

"Nelle ultime due settimane Luigi, autista vicino alla pensione dipendente di un'azienda in crisi che si teme possa chiudere, ha avuto almeno quattro episodi, per fortuna dice - durati solo una decina di minuti - durante i quali ha avvertito un forte senso di nodo alla gola, fiato corto, peso sullo stomaco, sudorazione e senso di mancamento. Sono capitati due volte durante una discussione animata con il suo superiore, una volta durante l'assemblea sindacale nella quale si discuteva della situazione aziendale, l'ultimo ieri mattina presto mentre si affrettava per raggiungere il furgone posteggiato a 100 metri da casa. A chi avrebbe dovuto rivolgersi Luigi per ricevere aiuto?"

Per entrambe le vignette le possibilità di risposta erano le seguenti:

1. Nessuno. Sono problemi che può affrontare da solo
2. Ad un famigliare o un amico
3. Ad un medico
4. Ad un sacerdote
5. Ad uno psicologo*

La tab. 7.1 esemplifica punti di forza e debolezza dell'incontro.

<i>Punti di forza dell'incontro</i>	<i>Criticità dell'incontro</i>
<p>1. Per essere il primo incontro si è riscontrata una buona partecipazione: tutti i presenti hanno preso parte ai sondaggi attivamente e sono stati collaborativi</p> <p>2. I sondaggi d'aula sono stati comprensibili e tutti hanno partecipato alle "votazioni"; gli strumenti di rilevazione sono stati dunque funzionali agli scopi che ci siamo prefissati</p> <p>3. Le domande sono state numerose e i presenti sono rimasti fino al termine delle due ore</p> <p>4. Tra i presenti c'erano sia persone che avevano già usufruito delle copresenze e consultazioni psicologiche, sia "estranei" al progetto</p>	<p>1. I presenti hanno manifestato, durante i sondaggi d'aula, una netta preferenza alla ricerca di aiuto più medico che psicologico, anche in situazioni prevalentemente psicologiche: ciò forse è un indicatore di come i passi da fare verso l'integrazione siano tanti</p> <p>2. Un sano scetticismo verso il progetto è comunque comparso: "perché dovrei raccontare i fatti miei in presenza di una persona che non conosco, se vengo per il medico"?</p> <p>3. L'interazione aula-medico-psicologo* è stata presente, ma non in maniera elevata: sarebbe stato utile includere strumenti aggiuntivi ai sondaggi per promuovere un coinvolgimento attivo</p> <p>4. Il pubblico era prevalentemente nella fascia d'età 50-60. Come coinvolgere fasce più giovani?</p>
Cittadini presenti all'incontro: 47	

Tabella 7.1 Incontro di presentazione del servizio Medico&PsicologoInsieme

7.2.2 Incontro sulla paura della malattia

Obiettivi:

- Fornire una panoramica sulla paura in generale: cos'è, a cosa serve, di cosa si compone.
- Focus successivo sulla paura della malattia: motivazioni sottostanti, definizione del disturbo d' ansia di malattia secondo il DSM V.
- Strategie e modalità per evitare la paura della malattia: come non alimentarla e aumentare la tolleranza del rischio.

Strategie utili per coinvolgere il pubblico ed aumentare l'attenzione:

- Prima di iniziare è stato somministrato l'Health Anxiety Questionnaire (Lucock & Morley, 1996).
- Ragionare insieme sulla paura, normalizzandola: ai presenti è stato chiesto di scrivere su un foglietto la propria paura più grande, in maniera anonima. I foglietti venivano successivamente inseriti in una scatola e, a turno, ogni partecipante ne estraeva uno leggendolo ad alta voce. Il messaggio lanciato è rassicurante: tutti noi abbiamo paura di qualcosa. I biglietti sono stati poi affissi nella sala d'attesa del MMG. Alcuni esempi sono stati: "morire improvvisamente; solitudine; cancro; paura di affogare; paura dell'ignoto e della vecchiaia". La tab. 7.2 mette in rilievo le criticità e i punti di forza dell'incontro.

<i>Punti di forza dell'incontro</i>	<i>Criticità dell'incontro</i>
1. Scrivere le proprie paure sui foglietti, successivamente farli estrarre e leggerli ad alta voce, è una attività che ha coinvolto molto i presenti 2. Il numero di persone era ridotto ma non in maniera significativa (solo 5 persone in meno rispetto al primo incontro); ciò ci ha fatto riflettere sul fatto che aveva riscosso interesse, per contenuti e modalità 3. Le persone hanno presenziato per tutte le due ore, prestando attenzione 4. Sul questionario, a differenza della volta precedente, era presente una nota in cui segnare le preferenze per eventuali tematiche da trattare negli incontri successivi	1. Nonostante la numerosità fosse simile alla volta precedente e il questionario fosse stato compilato da tutti, le domande spontanee non sono state molte. Probabilmente il tema dell'evento richiedeva un maggiore esposizione personale di non facile attuazione in un contesto di grande gruppo 2. Alcune istruzioni sul compito dei biglietti forse sono state poco chiare e potrebbero aver indotto le persone a scrivere le proprie paure più in relazione agli esempi portati rispetto all'effettiva esperienza personale 3. Molte persone hanno chiesto chiarimenti inerenti alle modalità di compilazione del questionario: semplificarlo avrebbe potuto rendere il compito più agevole 4. Anche questa volta, la fascia di età è risultata compresa tra i 50 e i 60, con qualcuno verso i 70 anni
Presenti all'incontro: 42	

Tabella 7.2 Incontro sulla paura della malattia

7.2.3 Incontro sull'ansia

Obiettivi:

- Spiegare che cos'è l'ansia, la sua funzione adattiva e quando diventa un problema.
- Manifestazione dell'ansia e tipologie di disturbi d'ansia: classificazione seguendo il DSM V.
- Strategie psicologiche per gestire l'ansia: quali modalità di pensiero e comportamentali adottare per aumentare il livello di sopportazione/tolleranza dello stato ansioso?

Strategie utili per coinvolgere il pubblico ed aumentare l'attenzione:

- Prima di iniziare è stato somministrato il Questionario sui Sintomi dell'Ansia, adattato dal PHQ – Patient Health Questionnaire (Gilbody, et al., 2007).
- Sono stati utilizzati spezzoni di film e musiche per fare comprendere/provare/immaginare i diversi livelli di ansia.
- Sono stati utilizzati dei cartoncini di diversi colori per coinvolgere i presenti, in rapidi sondaggi d'aula.

Esempi di domanda

- *“Nelle ultime due settimane quanto spesso è stato disturbato dal sentirsi nervoso, ansioso oppure teso?”*
- *“Nelle ultime due settimane quanto spesso è stato disturbato dal preoccuparsi troppo riguardo cose diverse?”*

Per entrambe le vignette le possibilità di risposta erano le seguenti:

1. Per niente
2. Alcuni giorni
3. Più della metà dei giorni
4. Circa ogni giorno

<i>Punti di forza dell'incontro</i>	<i>Criticità dell'incontro</i>
<p>1. Tra tutti, l'incontro riguardante l'ansia è quello che ha coinvolto il maggior numero delle persone, interne ed esterne alla cerchia degli assistiti del MMG</p> <p>2. Anche la partecipazione (sondaggi e domande del pubblico) è stata più alta degli incontri precedenti</p> <p>3. L'utilizzo di materiale audio/video ha permesso maggiore coinvolgimento della "spiegazione frontale"</p> <p>4. Al termine dell'incontro è stato introdotto il "corso di rilassamento" riscuotendo un buon successo di iscrizione: questi incontri potrebbero dunque aprire la pista ad ulteriori iniziative del progetto</p>	<p>1. L'impressione è stata quella che la numerosità dei partecipanti non fosse legata al progetto integrazione in sé, quanto per l'argomento specifico trattato (l'ansia)</p> <p>2. Ci sono state complicità "tecniche": audio e video non erano ottimali, saremmo dovuti intervenire organizzando con anticipo rispetto all'orario di inizio</p> <p>3. Nuovamente, l'età media era 50-60 anni, nonostante la presenza di qualche trentenne tra i presenti. Probabilmente, una soluzione in tal senso la si troverebbe spostando l'orario/giorno di inizio in una fascia più consona ai giovani</p> <p>4. La tempistica questa volta non è stata idonea per trattare tutti gli argomenti con attenzione</p>
Presenti all'incontro: 65	

Tabella 7.3 Incontro sull'ansia

7.2.4 *Incontro sulla depressione*

Obiettivi:

- Spiegare cos'è la depressione e come si manifesta in differenti periodi della vita di un individuo (partendo dall'infanzia fino ad arrivare all'età adulta).
- Indicare alcuni eventi di vita dove il rischio depressivo è più alto.
- Strategie per gestire la depressione: prendersi cura di sé dal punto di vista fisico, coltivare il pensiero positivo, cercare di comprendere come aiutare persone care che ne soffrono.

Strategie utili per suscitare e mantenere l'attenzione del pubblico:

- Il test standardizzato presentato all'inizio di ogni incontro precedente è stato sostituito da un foglio riportante diversi occhiali, con lenti colorate in modo diverso (da più chiare a più scure). Veniva chiesto ad ognuno di mettere una X accanto agli occhiali indossati nella presente settimana per guardare il mondo (neutro

-
- pessimista - ottimista).
 - Gli stessi conduttori, prima di presentare il test, indossavano differenti occhiali da sole durante la spiegazione di come la depressione possa modificare la visione del mondo. All'inizio dell'incontro venivano consegnate delle "emoticons" stampate per l'occasione (Tab. 7.4) che rappresentavano diverse modulazioni della tristezza. Ad un certo punto della presentazione, al pubblico veniva chiesto che tipo di emozione secondo loro fosse rappresentata sul cartellino stampato. Ciò per spiegare come la depressione e la tristezza abbiano diverse sfumature.
 - È stato scelto il canale musicale per trattare la tematica. Un tirocinante del MMG, che suona il violino, ha fatto ascoltare tre brani diversi (ai quali erano invitati a prestare attenzione chiudendo gli occhi): uno malinconico, uno triste e uno allegro. Veniva chiesto poi agli ascoltatori il tipo di sensazione provata, sia a livello emotivo sia a livello viscerale (chiedendo di identificare in quale parte del corpo "sentissero" la sensazione e con quali caratteristiche). L'obiettivo era far comprendere come eventi diversi possano avere effetti diversi sui nostri pensieri e le nostre emozioni e come stessi eventi possano far nascere sensazioni differenti in persone differenti.
 - Al termine dell'incontro è stato mostrato un igienizzante per mani, spiegando che quando abbiamo a che fare con una persona depressa l'igienizzante stesso non ci serve. La metafora, desiderava far emergere come il parlare o avvicinarsi ad una persona quando è triste, non sia contagioso. Spazio dunque all'empatia!

Emoticon	Interpretazioni maggiori da parte del pubblico
	Delusione, disapprovazione, mancanza di consenso
	Delusione, tristezza, amarezza
	Preoccupazione, angoscia, imbarazzo

Tabella 7.4 Esempi di emoticon

<i>Punti di forza dell'incontro</i>	<i>Criticità dell'incontro</i>
<p>1. Le esperienze coinvolgenti e la musica hanno sortito effetti positivi: l'atmosfera era sicuramente più accogliente. Ciò ha confermato ancora una volta come sia utile utilizzare strumenti più coinvolgenti della semplice "lezione"</p> <p>2. Il test "ipersemplificato" con gli occhiali ha anch'esso riscosso successo: le compilazioni sono state più numerose. Probabilmente vale la pena per la raccolta dei dati, permettersi di non essere così rigorosi (es. test standardizzati)</p> <p>3. Si sono presentate più persone che avevano già usufruito della consultazione* e della co-presenza psicologica: che questa abbia effettivamente spinto a comprendere meglio l'idea di integrazione ed incentivare la partecipazione?</p> <p>4. Al termine dell'incontro è stata rilasciata (per la prima volta) una dispensa riassuntiva dei concetti prevalenti, soprattutto legati al "come" comportarsi con una persona depressa nella maniera più adeguata</p>	<p>1. Troppi concetti in poco tempo: presentare musica, concetti, teorie, metafore tutte insieme ha preso buona parte di ciò che sono state le ore disponibili. "Ottimizzare" sarebbe stato meglio</p> <p>2. Interventi ed alzate di mano minori rispetto agli incontri precedenti, nonostante tale incontro abbia coinvolto maggiormente a livello di "attività" rispetto ai precedenti</p>
Presenti all'incontro: 45	

Tabella 7.5 Incontro sulla depressione

7.2.5 Incontro sull'alimentazione

Obiettivi:

- Spiegare la funzione dell'alimentazione da un punto di vista biologico e fisico come necessità di sopravvivenza.
- Spiegare come il cibo sia però con il tempo divenuto sempre meno importante dal punto di vista "alimentare" (quello che abbiamo chiamato "biocibo") e altrettanto importante per un senso di gratificazione psicologica ("psicocibo").
- Elencare le strategie utili per regolare l'uso (ma soprattutto l'abuso) di cibo per star meglio con sé stessi: distinguere la fame fisiologica, dalla fame emotiva.

Strategie utili per coinvolgere il pubblico:

Utilizzare dei cartoncini di diversi colori per rapidi sondaggi d'aula

Esempi di domanda

- *Senti il desiderio di mangiare quando sei irritata?*
- *"Mangi più del solito quando il cibo ha un buon odore o un bell'aspetto?"*

Per tutte e tre le vignette le possibilità di risposta erano le seguenti:

1. Mai
2. Qualche volta
3. Molte volte
4. Sempre
5. Non saprei

All'inizio dell'incontro, all'ingresso, sono state messe tre ceste contenenti diverse tipologie di cibo: grissini (cibo con "meno sapore"), mandarini (più sapore e più salutare) e cioccolatini (cibo più goloso ma meno salutare). Veniva chiesto ai presenti di scegliere quale fosse il cibo preferito, per capire la tendenza verso il "biocibo" piuttosto lo "psicocibo".

Contro le aspettative, i mandarini erano quasi terminati! La resistenza verso il cibo più goloso in favore di uno più salutare potrebbe essere letta come una effettiva presa di posizione più salutista oppure come un imbarazzo davanti alla richiesta di scelta esplicita (una sana bugia per salvarsi dall'essersi giudicati golosi). Comunque lo "psicocibo" (in questo caso, il cioccolatino), che concentra la propria forza non tanto nell'apporto nutritivo quanto al momento di piacere psicologico, è stato meno preferito del "biocibo" (mandari-

no salutare ma mediamente meno gratificante del cioccolato). Un'altra ipotesi potrebbe riguardare una scelta di coerenza dettata dal contesto: ovvero partecipare ad un gruppo che riflette sull'alimentazione e sugli stili "sani", di cui il mandarino ne rappresenta il prototipo, potrebbe in qualche modo aver orientato la scelta. Pertanto, anche in questo caso la scelta potrebbe essere dettata maggiormente da motivazioni psicologiche (desiderabilità sociale) e non di sopravvivenza.

7.3 Diffusione tramite piccoli gruppi

In questi mesi è stata sperimentata l'utilità di interventi in piccolo gruppo (8-10 persone) affinché i pazienti potessero beneficiare della copresenza in un modo alternativo rispetto alla normale interazione medico-paziente-psicologo*.

Gli interventi non sono stati né pensati né strutturati come psicoterapie di gruppo ma come momenti semistrutturati, "opportunità" in cui le persone potevano apprendere a riformulare, ri-pensare e quindi indirizzare un problema o sviluppare modalità inedite per farvi fronte. Gli incontri in piccolo gruppo hanno previsto un contributo da parte dei pazienti.

Nella nostra esperienza questi gruppi hanno permesso:

1. Un ulteriore avvicinamento degli utenti al modello integrato.
Con l'esperienza gruppale, gli assistiti si sono avvicinati ulteriormente all'idea di un servizio di ambulatorio integrato, inoltre alcuni utenti dopo aver preso parte al gruppo, hanno richiesto anche una consultazione* psicologica. Altri invece hanno richiesto maggiori informazioni e spiegazioni sul modello integrato per sé o per conoscenti. Dopo questi interventi è stata notata un'affluenza di tali persone alle ore di copresenza medico-psicologo* in ambulatorio; pertanto, questa esperienza si è rivelata utile per far confluire l'utenza ad un maggior apprezzamento e utilizzo del servizio.
2. La possibilità di offrire agli assistiti un intervento che li veda coinvolti in un gruppo in cui tutti sono "alla pari".
Può sembrare scontato, ma offrire la possibilità di un intervento in condivisione con altre persone (quindi differente dal vis à vis della consultazione* psicologica o della copresenza col medico) ha permesso di attivare dinamiche (confronto e supporto tra pari) non possibili in altri setting. Il sapere che l'aiuto medi-

co-psicologico possa provenire non soltanto dietro la scrivania del medico ma anche in diverse sedi, tempi e con altri assistiti, è una novità per un setting di medicina generale.

3. Un “uso diverso” dei professionisti.

Rispetto al proprio medico, ciò ha permesso di poter sperimentare con lui un setting differente dalla visita e un tempo sicuramente maggiore per confrontarsi su temi che vanno ben oltre i sintomi (fisici o psichici); ha favorito nei pazienti stessi la possibilità di estendere la relazione con il proprio curante e di poter “parlare” (al medico ma anche a sé stessi) di cose prima impensabili. Gli assistiti hanno “visto” anche il proprio MMG sotto una luce differente, in alcuni casi, potremmo anche dire “più umana”: “ho scoperto che il mio medico è anche simpatico, che con lui posso parlare con maggiore tranquillità dei miei problemi”, ha affermato un paziente. Un medico attento a molte sfumature che nel tempo della visita ambulatoriale potrebbero non emergere per comprensibili ragioni di tempo. Gli assistiti apprendono ad “usare” il medico non solo per la malattia ma anche per la costruzione della propria salute.

Rispetto allo psicologo*: i pazienti sperimentano che non è un professionista interessato ad indagare “cose nascoste” e private del passato ma che può aiutarli a riflettere sulle motivazioni di alcune scelte personali (ad esempio alimentazione e attività fisica) che influiscono sul proprio benessere attuale.

Qualsiasi argomento potenzialmente può essere definito come oggetto di interesse nei gruppi. La nostra esperienza si è declinata sino ad oggi su due ambiti: accostarsi alla conoscenza di tecniche di rilassamento e la riflessione sul proprio stile di vita.

Questo tema è stato scelto a partire dalla richiesta esplicita di un MMG, il quale ha osservato nella sua esperienza che nonostante i pazienti siano abbastanza consapevoli che la “gestione” di alcune malattie (esempio diabete, ipertensione e obesità) possa migliorare con la sinergia tra farmaci e alcuni accorgimenti quotidiani, di fatto non riescano a migliorare la propria condizione clinica¹⁰.

Il gruppo sulle tecniche di rilassamento è stato invece attivato da un confronto tra il MMG e lo psicologo*¹¹ che in copresenza hanno rile-

¹⁰ Tale esperienza è stata condivisa dal dr. Cavaleri e dalla dr.ssa Zamin.

¹¹ Questo gruppo è stato condotto dal dr. Fumagalli e dal dr. Andreoli.

vato questo bisogno emergente da parte di molti pazienti. Chiedendosi infatti quale tipo di assistenza integrata di gruppo potesse essere più utile, si è scelto di considerare la gestione dell'ansia proprio perché una buona parte delle richieste dei pazienti la comprendeva. Probabilmente, anche il numero di presenti all'incontro sulle tematiche dell'ansia (vedi sopra) ha confermato questo principio. Il corso ha visto la definizione di sei diverse edizioni, ognuna con un numero di partecipanti compreso tra i 9 e i 13.

Di seguito, una descrizione sintetica di queste due esperienze gruppalì.

7.3.1. Gruppo di rilassamento per gestire ansia e stress della vita quotidiana

Obiettivi

- Offrire la possibilità agli assistiti di apprendere / sperimentare / implementare alcune tecniche di rilassamento utili per gestire i momenti di tensione durante la giornata.
- Far comprendere la "generalizzabilità" delle tecniche in diversi luoghi e momenti della giornata, dove possono essere presenti maggiori stressors o ansia (per esempio: lavoro, mezzi pubblici etc.).
- Generare un confronto di gruppo per apprendere tecniche già validate da altri (*peer education*).

Strumenti

- Cartelletta per contenere il materiale consegnato al termine di ogni incontro
- Cartellino personalizzato con nome dei partecipanti
- Calendario con date e orari degli incontri
- Dispensa riassuntiva consegnata al termine di ogni incontro
- Audio registrazione del rilassamento attivo progressivo attuato, da consegnare via mail a tutti i partecipanti una volta terminato il gruppo.

Prima dell'incontro, consegna di:

- Flyer contenente i dettagli del corso
- Promemoria (inviato via mail) un giorno prima dell'inizio effettivo

Prima parte (45 minuti)
<ul style="list-style-type: none"> - Registrazione dei partecipanti (pagamento, consegna del materiale, firma del consenso informato) - Presentazione del progetto - Presentazione del rationale del gruppo - Presentazione dei partecipanti
Seconda parte (30 minuti)
Educazione psico-medica: funzione dell'ansia a livello evolutivo, origine biologica, manifestazione fisiologica; giustificazione delle tecniche illustrate durante il gruppo alla luce di questo rationale
Terza parte (15/20 minuti)
<ul style="list-style-type: none"> - Spiegazione della prima tecnica: la respirazione lenta (per approfondimenti si veda Nakamura, 1984) - Dimostrazione da parte dello psicologo* (come "modello") della tecnica in questione - Conduzione di una respirazione lenta guidata con breve discussione su pensieri e sensazioni provate - Conduzione di una respirazione lenta in autonomia - Spiegazione dei compiti a casa: scheda di registrazione della respirazione lenta, con la consegna di attuare la respirazione lenta possibilmente più volte al giorno, contando il numero di respiri attuati prima e dopo - Consegna di una dispensa riassuntiva sulla teoria spiegata e le schede per i compiti a casa (si veda sotto un esempio di tale scheda)

Tabella 7.6 Incontro 1

Ogni gruppo ha manifestato pensieri, motivazioni e atteggiamenti differenti; in generale è stato sempre possibile registrare un buon coinvolgimento dei presenti. Gli interessati sono stati invitati ad esprimersi e contemporaneamente ad ascoltare empaticamente, senza far "deragliare" lo scopo del gruppo verso la conversazione libera o verso l'auto mutuo aiuto. Il primo incontro è molto importante per chiarire il setting, ossia spiegare che non si tratta di una terapia bensì dell'apprendimento di alcune tecniche per la gestione dell'ansia. Infine, per enfatizzare l'allenamento quotidiano a casa, come in palestra, i risultati migliori si ottengono maggiormente con costanza ed allenamento.

Motivi di spazio hanno spinto a sintetizzare gli ultimi quattro incontri del gruppo rilassamento; come si vedrà (Tab. 7.7) gli incontri sono infatti simili nel rationale e fondati sugli stessi principi. Comprendere come svolgerne uno, implica sapere con-

durne agevolmente altri. In particolare, si possono riassumere gli incontri come segue. Obiettivo: valutare qualitativamente l'andamento delle attività a casa e i benefici delle attività fino ad ora svolte; introdurre poi la seconda parte del corso focalizzata su altre tecniche di rilassamento basate sulla muscolatura. A tal proposito, si devono esplicitare ai partecipanti due principi fondamentali:

- 1) il rilassamento è attivo, ovvero, prima si mettono in tensione i muscoli, che successivamente si rilassano, al fine di promuovere un rilassamento più intenso e duraturo.
- 2) il rilassamento è progressivo, poiché partendo da un gruppo muscolare (cioè "un insieme" di muscoli diversi), prosegue con l'aggiunta di gruppi muscolari diversi negli incontri successivi.

Il rilassamento guidato di ogni nuovo gruppo muscolare è insegnato la prima volta lentamente con 2-3 ripetizioni per muscolo. La volta successiva, per non dilatare il tempo a disposizione, il gruppo muscolare dell'incontro precedente è ripetuto solo una volta (per esempio: se durante il primo incontro si insegna il rilassamento delle mani attuando l'esercizio di tensione-rilassamento per tre volte (stringendo i pugni e rilasciandoli), nell'incontro successivo se ne farà solo uno, chiarendo i dubbi dell'incontro precedente ad inizio incontro).

Di seguito un esempio (utilizzando i muscoli delle mani) di ciò che il conduttore del gruppo può dire per aiutare le persone a svolgere l'esercizio di rilassamento, una volta disposti tutti a cerchio e invitando a chiudere gli occhi:

1. "Alzo tutte e due le mani e stringo forte i pugni. Sento una sensazione spiacevole di tensione, di sforzo, di rigidità. Più forte... stringo i pugni... (10 secondi di pausa)
2. "E ora invece mi rilasso. Apro le mani e le lascio cadere come se fossero un peso morto, mentre mi dico nella mente "mi rilasso".
3. "Mi rilasso, e percepisco la tensione e il peso che scorrono via dalle mie mani... sulle mie mani sento un senso di calore, di piacevole abbandono. Molto meglio della sensazione di tensione che provavo prima (5 secondi di pausa). Noto la differenza (15 secondi di pausa)"
4. "Riprovo. Faccio i pugni, faccio una tensione... (10 secondi di pausa)"
5. "E ora mi rilasso...sento il calore nelle mie mani, sento una percezione di piacevole abbandono... (20 secondi di pausa).

È stato possibile osservare come l'utilizzo di un tono vocale basso nei punti 2, 3 e 5 e l'utilizzo di un tono più acuto e rapido ai punti 1 e 4, abbia sortito maggiori effetti di rilassamento tra i partecipanti, aumentandone anche il coinvolgimento. Per ulteriori approfondimenti su questa tecnica si veda Jacobson, 1934. La tab. 7.7 rappresenta la struttura dei rimanenti quattro incontri del corso.

Prima parte (15 minuti)			
Benvenuto e giro dei presenti per valutare benefici e attuazione dei compiti a casa distribuiti negli incontri precedenti (respirazione se siamo solo al secondo incontro e esercizi muscolari per quanto riguarda i successivi). Spiegazione del rationale del rilassamento attivo progressivo di Jacobson			
Seconda parte (50 minuti)			
Pratica del rilassamento del gruppo muscolare/dei gruppi muscolari coinvolti per quel determinato incontro (vedasi suddivisione sottostante). Prima di iniziare, se possibile creare una atmosfera con luci soffuse e chiedere di chiudere preferibilmente gli occhi			
Durante il primo incontro	Durante il secondo incontro	Durante il terzo incontro	Durante il quarto incontro
Tensione e rilassamento di mani, braccia, e muscoli del viso	Tensione e rilassamento di mani, braccia, muscoli del viso, collo, e spalle	Tensione e rilassamento di mani, braccia, muscoli del viso, collo, spalle, addome, e schiena	Tensione e rilassamento di mani, braccia, muscoli del viso, collo, spalle, addome, glutei, gambe e piedi
Terza parte (15 minuti)			
- Discussione breve di gruppo: "che cosa avete provato?" - Feedback dello psicologo* nei confronti dei partecipanti (e viceversa) sull'attività attuata: quali miglioramenti			
Quarta parte (10 minuti)			
- Compiti a casa: attuazione degli esercizi una volta al giorno con nota delle sensazioni fisiche e psicologiche; compilazione della scheda di percezione della tensione per almeno 15 giorni - Consegna della dispensa riassuntiva per quell'incontro: questa contiene i disegni degli esercizi fatti, come promemoria, e le schede dei compiti a casa			
NOTA: si può terminare il corso con una tisana e qualche biscotto. Può essere un buon modo per salutarsi!			

Tabella 7.7 Struttura degli incontri 2-3-4-5

Inizialmente, è abbastanza frequente riscontrare scetticismo da parte dei presenti per l'uso e l'applicazione delle tecniche proposte, in questi casi è utile accogliere tali osservazioni e rinforzare il fatto che è normale provare ciò, poiché non siamo abituati a rilassarci in questo modo (per esempio, respirando così lentamente e seguendo un conteggio). Si è rivelato di notevole aiuto, in tutte e sei le edizioni attuate, premiare i tentativi rinforzando il fatto che la pratica diventa semplice se abitudinaria. L'assenza del medico (la sua presenza è pianificata solo per il primo incontro) è stata sempre accolta senza critiche esplicite, fino ad ora. A titolo esemplificativo, la tab. 7.8 riporta alcune difficoltà espresse dai partecipanti e le risposte, in linea con Jacobson (1934), che sono state offerte dal conduttore.

<i>Difficoltà</i>	<i>Soluzione proposta</i>
“Ho difficoltà a rilassarmi, continuo ad avere pensieri brutti o noiosi durante l'esercizio”	“La maniera per far sì che un pensiero che non vogliamo arrivi, è proprio sforzarsi di cacciarlo! Invece di non desiderare di avere questi pensieri, semplicemente provi ad accettarli. Come un'onda, inizialmente arriveranno con forza, raggiungeranno un picco, ma proprio mentre li accetterà... loro spariranno. Li lasci giungere, dunque”
“La mia mente vaga troppo...non riesco a concentrarmi sul rilassamento”	“Una mente che vaga è una mente rilassata. Ben venga dunque, che ha sentito questi effetti! Faccia quel che riesce: se può tornare a pensare al rilassamento del suo corpo va bene. Altrimenti accetti la mente che vaga, poi con calma ritornerà al rilassamento”
“Quando muovo questo arto, mi fa male. Non riesco a rilassarmi in questo modo”	“Ha ragione. Le chiedo dunque di dare retta ai suoi limiti: se le fa male, tenda e muova l'arto solo fino a quanto riesce senza sentire dolore: solo lei conosce il suo limite. Si ricordi che stiamo facendo una esperienza di rilassamento, non di stress; se vuole può anche omettere di fare questo arto e concentrarsi su qualche altra parte del suo corpo”
“Non ho tempo di fare il rilassamento a casa”	“Certamente, capisco che con mille impegni, è difficile trovare il tempo per lei. Faccia quello che può. Può vedere questo corso solo come il momento adeguato a rilassarsi, se proprio non riesce ad esercitarsi a casa. Si ricordi comunque: come in palestra, più continua l'allenamento più vede i risultati”

Tabella 7.8 Esempi di difficoltà espresse dai partecipanti durante il rilassamento e possibili soluzioni

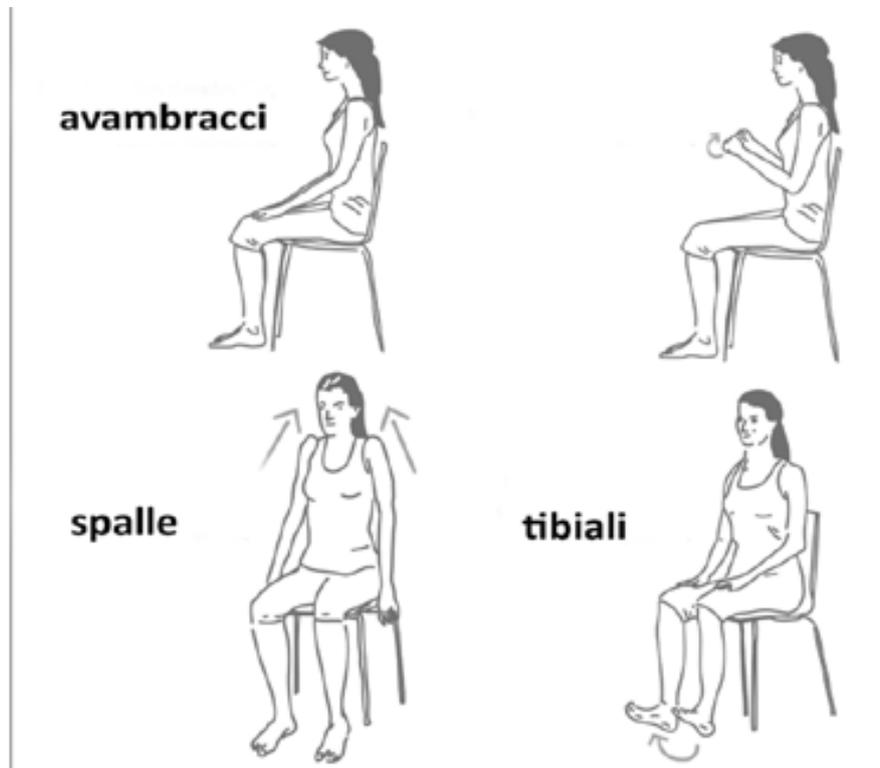


Figura 7.1 Tre esercizi di rilassamento attivo-progressivo di Jacobson

Avambracci: sollevarli e stringere i pugni per dieci secondi, poi rilassare.

Spalle: tirarle su avvicinandole alle orecchie, tendendo per dieci secondi, poi rilassare.

Tibiali: alzare i piedi da terra, spingere le punte dei piedi verso l'alto per dieci secondi, poi rilassare.

Si noti che il rilassamento successivo alla tensione può durare a discrezione del conduttore, anche osservando le reazioni dei partecipanti.

7.3.2 Gruppo sugli stili di vita e alcuni problemi di salute: diabete, ipertensione e obesità: una trilogia viziosa

Premessa

Obesità, ipertensione e diabete mellito possono co-occorrere nella storia clinica dei pazienti; al di là delle singole specificità di ciascuno, lo stile di vita (dieta e attività fisica) costituisce un fattore fondamentale nella gestione di queste malattie. Infatti, abitudini

inadeguate acquisite/mantenute nel tempo e deficit nelle abilità di autocontrollo risultano tra i principali ostacoli verso atteggiamenti salutogenici in favore di decorsi ingravescenti.

Obiettivi

- Sensibilizzare i pazienti al legame tra stile di vita, insorgenza e decorso della patologia
- Promuovere una maggiore consapevolezza circa il proprio stile di vita
- Motivare i pazienti a modificare il proprio stile di vita laddove necessario
- Favorire spazi di socializzazione e confronto nella promozione di comportamenti salutogenici
- Attivare i pazienti verso le risorse sul territorio e nella comunità che possono influenzare positivamente lo stile di vita
- Aumentare la collaborazione e integrazione tra MMG e psicologo*

Strumenti

- Tre incontri di gruppo di due ore: pazienti obesi, ipertesi e con diabete mellito (max 10)
- Schede di consapevolezza metacognitiva* circa il proprio stile di vita
- Invito personalizzato
- Materiali informativi, formativi, schede di automonitoraggio
- Fogli mobili – scotch – pennarelli

Prima dell'incontro, consegna di:

- Invito personale
- Scheda con peso, altezza, età e diario alimentare da compilare prima degli incontri

I pazienti sono stati individuati ad hoc dal MMG che ha proposto gli incontri consegnando contestualmente il volantino di invito. Una volta che il paziente ha aderito alla proposta, gli è stato consegnato il modulo di iscrizione e il diario alimentare (con le istruzioni) che ha compilato la settimana precedente al primo incontro. In genere, il tempo impiegato dal MMG nel reclutamento dei pazienti è stato di circa un mese e mezzo.

Dati clinici/sociodemografici	
Nome	.....
Cognome	.....
Anno di nascita	.....
Peso	.....
Altezza	.....
Patologia/e principali	.....
Professione	.....
Eventuali sport attualmente praticati	.....
Eventuali sport praticati in passato	.....
Composizione del nucleo familiari attuale	.....

Tabella 7.9 Esempio di modulo di iscrizione

La fase precedente gli incontri, è molto importante. Ciascun paziente dovrebbe poter cogliere che MMG e psicologo* hanno “pensato” proprio a lui, che hanno strutturato gli incontri essendo autenticamente interessati alle informazioni che lo riguardano per meglio comprendere, insieme, la situazione. La tab.7.10 sintetizza la struttura del primo incontro.

Obiettivo: informare i pazienti circa i dati principali relativi alle loro patologie, sensibilizzarli ad una maggiore proattività nella gestione della stesse sia a livello individuale sia gruppale	
Prima parte (30 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza dei membri del gruppo - analisi della motivazione ad essere qui oggi - sei stato invitato da MMG e psicologo*, secondo te perché? Perché sei venuto? Breve condivisione della propria diagnosi/storia di malattia - Breve presentazione progetto MMG/psico – tema stile di vita (tre regole: dieta, attività fisica, metacognizione*) - Bilancia decisionale: mettere in luce vantaggi e svantaggi del modificare il proprio stile di vita
Seconda parte (30 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni di natura clinica: obesità – ipertensione - diabete (a cura del MMG) - La dieta mediterranea – le diete – cose da evitare (MMG)
Terza parte (45 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Condivisione del diario alimentare compilato: criticità, risorse, spunti di riflessione rispetto alla dieta mediterranea (a ruota ciascuno può dire una cosa positiva del proprio diario e una negativa) - Principali ostacoli da parte dei pazienti verso atteggiamenti salutogenici - Gestione quotidiana: fare spesa/ come mettere via cibo – preparare cibo - andare al ristorante – amici – buffet – feste comandate – vacanza - Differenza tra: fame – desiderio di mangiare – smania di cibo - sazietà
Quarta parte (15 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Ciascuno per la prossima volta si documenta su un piatto della dieta mediterranea (scegliendo se occuparsi di primo, secondo, contorno, dolce). Fonte: biblioteca, internet - Compito “a casa” - attività fisica: conoscenza di luoghi e iniziative sul territorio (comunali e private): via Accademia- ginnastica per anziani, piscina via Suzzani, Palestra via Valle Ombrosa, centro per anziani del comune, centro privato (piscina e fisiokinesiterapia), attività di fit walking nel parco, oratorio e iniziative del municipio di zona - Ciascun membro si assume l’impegno di informarsi e condividere con gli altri le informazioni acquisite presso uno dei centri di cui ha preso il nome (portare dei volantini o riferimenti telefonici) - Consegna del nuovo diario alimentare

Tabella 7.10 Primo incontro

Tutti hanno partecipato in modo attivo, si sono mostrati sorpresi e contenti di poter fare questa esperienza vicino a casa e con il proprio medico che “già” li conosce; la maggior parte di essi ha avuto piacere/bisogno di raccontare la propria condizione di malattia e di come il peso influisca su di essa. Ciascuno ha condiviso i tentativi passati (e falliti) di diete e si sono mostrati “teoricamente abbastanza esperti” circa i cibi da evitare. Emerge una certa consapevolezza rispetto alla propria storia – eventi significativi e stile di vita:

“Ho iniziato a mangiare di più da quando mio padre si è ammalato (20 anni fa), lui era magro. Se io mangiavo e ingrassavo voleva dire che io stavo bene. Oggi mangio quando non so cosa fare; fumavo, poi ho smesso e l’ho sostituito ancora di più col cibo” (donna 65 anni).

“Anche oggi che sono in pensione da 15 anni, mangio in 15 minuti come quando andavo al lavoro” (maschio 80 anni).

“Non posso cambiare il mio modo di fare colazione, me la prepara mio marito” (donna 70 anni libera professionista).

“Da quando anni fa ho avuto una ischemia, ho dovuto iniziare a fare attività fisica” (maschio 70 anni).

“Quando c’erano i nipotini mi muovevo e stavo meglio” (donna 75 anni).

“Da quando ho i nipotini non ho più tempo per me” (donna 65 anni).

Aver chiarito sin dall’inizio che l’obiettivo di questi incontri non era fornire loro una dieta è stato molto apprezzato, questo ha spronato i partecipanti a porsi in un modo più attivo rispetto al tema trattato e non come meri ricettori di informazioni. Tutti hanno affermato di conoscere la dieta mediterranea e anche di praticarla ma quando il MMG ha spiegato in dettaglio in cosa consistesse fornendo anche esempi di ricette, è emersa una notevole differenza “tra il dire e il fare”. Quando è stato chiesto ai pazienti di raccontare cosa mangiano e come cucinano, essi stessi sono stati messi di fronte ai propri errori e ai loro tentativi di minimizzarli. Rispetto alle risorse presenti sul territorio a cui rivolgersi per svolgere dell’attività fisica, ha sorpreso la scarsa conoscenza dei servizi, anche a tariffe “calmierate” presenti nel quartiere di residenza. Tutti hanno accolto con entusiasmo il cimentarsi su ricette salutari, meno sull’informarsi rispetto ai luoghi per l’attività fisica.

Obiettivo: attivare i pazienti verso atteggiamenti e comportamenti di migliore organizzazione di attività fisica ed educazione alimentare	
Prima parte (30 minuti)	- Cosa mangio - Eventuali cambiamenti nel proprio diario alimentare - Confronto sulle “proprie” ricette salutari trovate
Seconda parte (30 minuti)	- Come mangio? - Tecniche (ritmo- attenzione - riduzione delle distrazioni) - Dove mangio - gestione delle occasioni
Terza parte (60 minuti)	- Come mi muovo - Spiegazione, senso e ostacoli all’attività fisica - Confronto sulle risorse del territorio - Compito a casa: compilazione della tabella delle priorità del proprio tempo

Tabella 7.11 Secondo incontro

Al secondo incontro, solo un partecipante è riuscito a portare una “ricetta sana nuova”, gli altri hanno invece raccontato del proprio piatto preferito (e di certo non sano in termini nutrizionali); questo testimonia, a nostro parere, non tanto di una scarsa comprensione cognitiva, piuttosto di una difficoltà “psicologica” a cambiare profondamente il proprio modo di pensare e di quanto il processo sia comprensibilmente lento. Al contrario, sono emersi spontaneamente dei consigli basati sulla “peer education”, secondo cui vengono più accettate e comprese indicazioni da un proprio pari piuttosto che da un “esperto”, poiché “se lo dice lui e lo fa lui, che è come me, lo posso fare anche io”. C’è stato anche un colpo di scena anche per medico e psicologa. Al gruppo ha sempre preso parte anche il tirocinante in medicina generale che, proprio in questo secondo incontro, ha condiviso col gruppo di aver avuto problemi di peso e ha raccontato la sua esperienza di cambiamento del proprio stile di vita. Anche in questo caso, la testimonianza di qualcuno, che ha avuto lo stesso problema e che in qualche modo è riuscito a trovare delle soluzioni che ora condivide, è stato sicuramente positivo. Non sono mancati anche consigli e scambi in merito all’attività fisica:

“Se non vuoi andare in palestra, inizia due mattine alla settimana a prendere la metropolitana e andare fino alla stazione di Garibaldi, fai sempre le scale, bevi un caffè e poi torna indietro”.

Infine, alcuni pazienti oltre ad essersi documentati sui servizi consigliati (ad esempio chiedendo a conoscenti) hanno portato di loro

iniziativa altre informazioni, precisando però che ci sarebbero andati a partire da settembre (il gruppo era stato fatto a giugno). Anche questo testimonia quanto il tempo di elaborazione del cambiamento segua delle logiche e dei ritmi individuali.

Obiettivo: elaborare i processi attivati nei precedenti incontri e valorizzare i cambiamenti messi in atto spontaneamente	
Prima parte (30 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Ripresa del concetto di stile di vita: cosa penso e faccio per una gestione ottimale della mia vita/benessere (dieta – attività fisica – metacognizione*) - Quali cambiamenti ho notato in queste settimane? Cosa ho fatto di diverso rispetto al mese precedente?
Seconda parte (45 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Ricette di gruppo: ricette e accorgimenti per rendere i propri piatti più sani senza rinunciare al gusto
Terza parte (45 minuti)	<ul style="list-style-type: none"> - Perché è così difficile cambiare? - Stile di vita e storia di vita (ripresa argomenti emersi spontaneamente nel primo incontro) - Conciliare la stabilità (come senso storico di noi stessi e della nostra storia) e il cambiamento bio-psicologico e culturale

Tabella 7.12 Terzo incontro (a distanza di tre settimane dal primo)

Sorprendentemente i pazienti hanno riconosciuto che è difficile cambiare perché c'è anche un "aspetto psicologico del cibo" (testuali parole di un partecipante) e che è importante darsi delle priorità, riconoscendo i propri limiti. Dal gruppo è emerso che in queste settimane, ciascuno, a proprio modo, ha spontaneamente messo in atto dei comportamenti salutogenici, come ad esempio, comprare il riso rosso (mai prima acquistato e suggerito la scorsa volta da un altro partecipante), ridurre l'uso del pane o utilizzare la salsa di soia. C'è chi ha sperimentato che il risotto si può mantecare senza il burro sostituendolo con l'olio e chi ha deciso di riprendere in mano una vecchia dieta consigliata dalla dietologa anni fa. Qualcuno ha scoperto l'utilità della frutta secca e c'è chi ha comprato un vogatore (signora di 70 anni!) per fare attività fisica e chi ha perso due kg mettendo in atto piccoli accorgimenti e iniziando a praticare regolarmente attività fisica. A ciascun partecipante è stato chiesto di raccontare qual è il piatto preferito (non necessariamente salutare) ed è stato molto interessante notare come esso in realtà si abbinasse a situazioni relazionali affettive importanti (vedi tab.7.13).

<i>Piatto preferito</i>	<i>Situazione relazionale - affettiva</i>
Germano in umido	“Mi ricordo quando ero piccolo e mia mamma lo preparava... era quello di casa... quel profumo...”
Spaghetti alla carbonara	“Quando ero piccola, al venerdì, la nonna li preparava sempre... e ancora oggi quando sono giù di morale o ho bisogno di tirarmi su penso di farmi una carbonara”
Pasta al pomodoro	“Beh insomma questa tiene insieme tutto, come la mamma”
Risotto ai funghi	“Mi piace andarlo a mangiare nella trattoria del mio paesino”
Pizza	“E’ il mio piatto preferito ancora oggi, perché quando ero piccolo e andavo dalla nonna lei me la faceva. Oggi quando mi concedo uno sgarro dalla mia dieta è sicuramente la pizza”
Frittura di pesce	“Quando vado al ristorante è un must. Con mia moglie quando eravamo fidanzati andavamo sempre in un posticino...”

Tabella 7.13 Piatto preferito e relazioni affettive

Il gruppo ha ringraziato sé stesso di questa semplice e mirata esperienza, dandosi appuntamento fra qualche mese per fare il punto della situazione e si è congedato condividendo il celebre contributo di Proust (*Dalla parte di Swann*):

«Al mio ritorno a casa, mia madre, vedendomi infreddolito, mi propose di bere, contrariamente alla mia abitudine, una tazza di tè. Dapprima rifiutai, poi, non so perché, cambiai idea. Mandò a prendere uno di quei dolci corti e paffuti che chiamano *Petites Madeleines* e che sembrano modellati dentro la valva scanalata di una “cappasanta”. E subito, meccanicamente, oppresso dalla giornata uggiosa e dalla prospettiva di un domani malinconico, mi portai alle labbra un cucchiaino del tè nel quale avevo lasciato che s’ammorbidisse un pezzetto di *madeleine*. Ma nello stesso istante in cui il liquido al quale erano mischiate le briciole del dolce raggiunse il mio palato, io trasalii, attratto da qualcosa di straordinario che accadeva dentro di me. Una deliziosa voluttà mi aveva invaso, isolata, staccata da qualsiasi nozione della sua casa. Di colpo mi aveva reso indifferenti le vicissitudini della vita, inoffensivi i suoi disastri, illusoria la sua brevità, agendo nello stesso modo dell’amore, colmandomi di un’essenza prezio-

sa: o meglio, quell'essenza non era dentro di me, io ero quell'essenza. Avevo smesso di sentirmi mediocre, contingente mortale. Da dove aveva potuto giungermi una gioia così potente? Sentivo che era legata al sapore del tè e del dolce, ma lo superava infinitamente, non doveva dividerne la natura. Da dove veniva? Cosa significava? Dove afferrarla? Bevo una seconda sorsata nella quale non trovo di più che nella prima, una terza che mi dà un po' meno della seconda». La ricerca dura lo spazio di qualche riga. Poi, «tutt'a un tratto il ricordo è apparso davanti a me. Il sapore era quello del pezzetto di madeleine che la domenica mattina a Combray (perché nei giorni di festa non uscivo di casa prima dell'ora della messa), quando andavo a dirle buongiorno nella sua camera da letto, zia Leonie mi offriva dopo averlo intinto nel suo infuso di tè o di tiglio. La visita della piccola madeleine non mi aveva nulla prima che ne sentissi il sapore; forse perché spesso dopo di allora ne avevo viste altre, senza mai mangiarle, sui ripiani dei pasticceri, e la loro immagine si era staccata da quei giorni di Combray per legarsi ad altri più recenti; forse perché, di ricordi abbandonati per così lungo tempo al di fuori della memoria, niente sopravviveva, tutto s'era disgregato».

Bibliografia

1. Di Giuseppe R.A. et al., (2014), Manuale di terapia razionale emotiva comportamentale, Raffaello Cortina Editore, Milano.
2. Fischer E. H., Turner J. I. (1970), Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale, in "Journal of consulting and clinical psychology", 35, pp. 1- 79.
3. Gilbody S. et al., (2007), Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis, in "Journal of general internal medicine", 22,11, pp. 1596-1602.
4. ID. (2014), Standard Italiani per la cura dell'obesità, SIO – ADI – 2016-2017, in http://www.disturbialimentarionline.it/images/documenti_2017/Standard-SIO-ADI-2016.pdf (ultimo accesso novembre 2020).
5. ID. (2018), Che cosa è il diabete. Cause e conseguenze. In, <https://www.lilydiabetologia.it/area-pubblica/guide-multilingua-sul-diabete> (ultimo accesso giugno 2021).
6. Jacobson E. (1934), You must relax, Whittlesey House, New York.
7. Kessler D. (2010), Perché mangiamo troppo, Garzanti, Milano.
8. Lucock M. P., Morley, S. (1996), The health anxiety questionnaire, in "British Journal of Health Psychology", 1,2, pp. 137-150.
9. Nakamura T. (1984), Terapia orientale della respirazione, Edizioni Mediterranee, Roma.