

## ABSTRACT CONVEGNO 16 NOVEMBRE 2018

### RELAZIONI

#### EVIDENCE BASED IN PSICOLOGIA CLINICA: QUALI METODI?

Ornella Bettinardi

Psicologa, UOC EU Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Piacenza

**Introduzione:** Come noto, per esito nell'ambito degli interventi psicologici, si intende "il risultato della valutazione (prima, durante e dopo l'erogazione di una prestazione terapeutica) dei comportamenti, degli stati d'animo e della capacità di adattamento dei pazienti che sono correlate significativamente ai motivi per cui è stata richiesta una terapia psicologica/psicofarmacologica/integrata". L'American Psychological Association (APA, 2002) distingue due distinte dimensioni dell'efficacia dei trattamenti psicologici: (a) efficacia teorica o sperimentale (efficacy), cioè quella studiata in condizioni sperimentali su soggetti selezionati, di solito in centri di eccellenza e con grande investimento di risorse; (b) efficacia ed utilità nella pratica clinica (effectiveness), che si valuta nel lavoro giornaliero di routine con soggetti non selezionati e con le risorse di cui si dispone.

**Metodo** Si descrivono gli strumenti CORE-OM e CBA-OE per la valutazione degli esiti nella pratica clinica, somministrabili all'inizio e alla fine delle terapie psicologiche.

**Risultati:** Verranno esposti i risultati di esito relativi a differenti setting clinici che si sono avvalsi degli strumenti psicometrici sovra-descritti.

**Conclusioni:** I risultati documentano l'applicabilità e sostenibilità delle valutazioni di esito e l'importanza di misurare sia la riduzione del disagio clinico che il cambiamento inerente costrutti positivi quali il Benessere Psicologico Percepito.

#### Bibliografia

Aspetti clinici, metodologici e criticità dell'evidence Based Psychology. Michielin P., Bettinardi O., Limonta G.(a cura di) Psicoterapia e valutazione d'efficacia, Edizione Erickson, 2017, Trento.

#### EVIDENCE BASED IN PSICOLOGIA CLINICA: ESPERIENZE SUL TERRITORIO

Paolo Michielin

Dipartimento di Psicologia generale – Università di Padova

L'analisi della costo-efficacia e della costo-utilità degli interventi psicologici è un lavoro complesso per diversi motivi. Il primo è la difficoltà di calcolare tutti i costi, compresi quelli diretti ma non sanitari, i costi indiretti e i cosiddetti costi intangibili (dolore, sofferenza psicologica...) in relazione alle unità di risultato (ad esempio i Qaly) e nello stesso modo di calcolare i risparmi prevedibili.

Il secondo è la diacronia temporale che può esservi tra i costi e i risparmi attesi, che magari si manifestano dopo qualche anno in un sistema sanitario in cui i servizi e i manager vengono valutati nel breve termine; il terzo che ad un risparmio teorico, per esempio nella spesa ospedaliera in seguito allo spostamento dell'assistenza sul territorio, non sempre deriva una reale possibilità di recuperare risorse e di spostarle.

Un utile elemento per l'analisi deriva dalle indagini europee sui costi diretti e indiretti per anno dei diversi disturbi mentali, indagini che permettono di confrontare i costi effettivi con quelli standard. Saranno illustrati esempi relativi allo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata per i pazienti fragili e al sostegno dei caregivers, allo screening e al trattamento della depressione post partum, all'inclusione scolastica di minori con disabilità.

## INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH. POSSIBILE STRUMENTO IN PSICOLOGIA CLINICA?

Anna Giardini

Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS Pavia

Il mondo contemporaneo, con i suoi veloci cambiamenti associati ad una progressiva complessità, espone tutti noi a sfide che richiedono flessibilità e disponibilità al cambiamento. Anche la sanità è coinvolta attivamente in questo processo di cambiamento, dove la sfida per il futuro sarà di garantire cure adeguate ed efficienti in un contesto di restrizione di risorse, dove sarà fondamentale mantenere il paziente al centro, offrendo assistenza personalizzata e ad alta specificità. Il percorso di cambiamento coinvolge anche la trasformazione digitale, con la gestione di grosse banche dati che permetteranno nel futuro analisi nell'ottica sia di data-mining che di process-mining. La Psicologia clinica è inserita in questo percorso dove con sempre più forza emerge la necessità di favorire una sinergica integrazione tra dati amministrativi e clinici e tra i differenti sistemi di classificazione nosografici. L'ICF presenta potenzialità significative per il mondo sanitario, ponendo le basi per lo sviluppo di un linguaggio comune e la standardizzazione degli obiettivi e dei processi. Le potenzialità del modello ICF sono quindi molteplici nel rappresentare il lavoro clinico svolto da psicologi e psicoterapeuti nei vari ambiti di intervento, dall'ospedale al territorio, dal lavoro sull'adulto affetto da patologie croniche a quello sul bambino in tutti i contesti in cui è inserito.

Le potenzialità del modello ICF verranno esplicitate descrivendo l'esperienza di implementazione negli Istituti di ICS Maugeri. Nel percorso di innovazione digitale avviato nel 2017, sono stati integrati i linguaggi delle classificazioni internazionali ICD-9 e ICF dell'OMS al nomenclatore delle prestazioni interno con lo scopo di standardizzare gli obiettivi riabilitativi e le procedure descritte nei Percorsi Terapeutici Diagnostici Assistenziali di riferimento. Verrà in particolare descritta l'implementazione del modello ICF nei Servizi di Psicologia di ICS Maugeri.

## INTERVENTI PSICOLOGICI NEI CONTESTI DETENTIVI PER MINORI E ADULTI

Elena Vegni\*, Claudio Cassardo, Tiziana Valentini

UOC di Psicologia Clinica - ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

\*Dipartimento di Scienze della Salute, Università Statale di Milano

**Introduzione:** Il contributo descrive i tipi di intervento psicologico con giovani e adulti 'ristretti', e come lo specifico contesto e l'età influenzino il lavoro.

**Metodo:** I riferimenti normativi dell'intervento:

- DPCM aprile 2008, che sposta la medicina penitenziaria dalla Giustizia alla Salute, distinguendo il lavoro psicologico sanitario da quello di Osservazione e Trattamento;
- Indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a minori sottoposti a procedimento penale presso il TM di Milano e di Brescia del 14/04/2011
- Linee di Indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale: Esiti delle attività del Gruppo di Approfondimento Tecnico"(GAT) DGR 809 dell'ottobre 2013

sono il contesto giuridico in cui la psicologia, come parte dell'impegno sanitario in carcere opera. La salute fragile dei detenuti, accanto agli effetti che la detenzione ha sulla psiche, formano i confini in cui si svolge il lavoro dello psicologo.

**Risultati:** La complementarità delle azioni chiesta dalla legge, quelle volte alla salute (di medici, psicologi e infermieri) e quelle volte al recupero (di educatori e assistenti sociali) chiama in causa due ordini distinti di professionalità.

La Psicologia clinica in particolare attua dispositivi singoli o di gruppo per i pazienti, la rete e gli

operatori.

Interventi singoli rivolti ai pazienti:

- Pronto intervento: monitoraggio dell'adattamento alla detenzione, monitoraggio di attenta sorveglianza sanitaria (per la valutazione e gestione del rischio autolesivo/suicidario, e indirettamente, anche etero-aggressivo), indicato nella fase di screening (servizio Nuovi Giunti)
- Supporto psicologico.

Interventi di gruppo rivolti ai pazienti:

- Interventi di accoglienza dei nuovi giunti basati sull'empowerment
- Interventi di promozione della salute con focus su rabbia e impulsività

Interventi di rete:

- Segnalazione/invio dei soggetti ad altre figure specialistiche: NPI, psichiatri, Servizi Sanitari territoriali, Programmi innovativi, SerD

Interventi rivolti agli operatori:

- Formazione per l'intercettazione precoce del rischio autolesivo e suicidario
- Attenzione al clima emotivo (sessioni di Social Dreaming, Listening Post, Gruppi Balint)
- Supporto psicologico individuale per agenti di polizia penitenziaria negli studi della psicologia in Ospedale

**Considerazioni conclusive:** Il Pronto Intervento è rilevante in una casa circondariale (C.C. San Vittore) mentre in una casa di reclusione (C.R. Bollate e Opera), prevalgono la valutazione e la cura delle sofferenze passate e reattive al carcere. Con i minori prevalgono invece il supporto agli operatori di Osservazione e Trattamento sulla sostenibilità psicologica dei progetti di "messa alla prova", l'esame sui rischi di evoluzione psicopatologica (ad es. dal Disturbo della Condotta ai Disturbi di Personalità del Cluster B), e il coordinamento con i servizi territoriali e l'area penale esterna.

La discussione sulla validità del trattamento al paziente recluso è critica poichè mancano dati di ritorno sui soggetti, una volta tornati liberi.

## **Bibliografia**

DPCM 1 aprile 2008. *“Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*

Giunta Regionale. DRS. *Indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e di Brescia*. HI.2011.0011704 del 14 aprile 2011.

Regione Lombardia/Direzione Generale Sanità, Amministrazione Penitenziaria/Provveditorato Generale per la Lombardia e Dipartimento Giustizia Minorile/Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia: *“DGR 809/2013 – Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti sottoposti a procedimento penale: Esiti delle attività del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT)”*

NICE Linee Guida 77 *per il trattamento del disturbo antisociale della personalità, comprensivo delle crisi, aggiornate a febbraio 2014*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>

G. Lawrence, *Experiences in Social Dreaming*, Karmak, London, 1998

S. Fazel, J. Baillargeon. *The health of prisoners*. THE LANCET, Volume 337, Issue 9769, 2011

## IL TRAPIANTO NELLA TRANSIZIONE

Simonetta Spada

UOC Psicologia Clinica, DSMD, ASST Papa Giovanni XXIII

**Introduzione:** I servizi sanitari sono strutturati in modo dicotomico senza soluzione di continuità tra una gestione tipicamente pediatrica ad una gestione orientata al paziente adulto. Il processo di transizione verso l'età adulta, che già di per sé rappresenta una fase delicata della vita di ciascun individuo, diventa spesso più complesso di fronte alla cronicità. Presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo è attivo un centro trapianti di fegato pediatrico nel quale oltre 600 pazienti pediatrici trapiantati diventeranno adulti nei prossimi anni. Per queste considerazioni è nato, all'interno di un progetto di ricerca intervento, l'ambulatorio transizionale.

**Metodo:** La prima fase della realizzazione dell'ambulatorio transizionale ha avuto l'obiettivo di mappare le caratteristiche, i bisogni e le aspettative della popolazione di adolescenti trapiantati di fegato, intercettando i posizionamenti, le attribuzioni di significato, le specifiche necessità anche delle famiglie e dell'intera équipe curante. La seconda fase del progetto ha previsto la stesura di un percorso condiviso tra i curanti dei due ambiti per la costruzione di un percorso di cura personalizzato. Il lavoro psicologico nel corso della transizione è un lavoro di ponte fra più specialità, che mira ad affrontare e a focalizzare la complessità dell'esperienza di malattia, vissuta dal paziente sia nella sua oggettività clinica che nel significato derivante dalla percezione soggettiva.

**Conclusioni:** Nell'ottica della promozione di un posizionamento attivo rispetto alla propria vicenda di salute la sfida che ci attende è quella di costruire percorsi di cura "youth-friendly" accompagnando la transizione nel rispetto della soggettività.

### Bibliografia

Cole R, Ashok D, Razack A, et al. Evaluation of outcomes in adolescent inflammatory bowel disease patients following transfer from pediatric to adult health care services: case for transition. *J Adolesc Health* 2015;57:212-7

Vanni F. (a cura di) (2005), *Adolescenti, corpo e malattia. Ragazzi e ragazze che si ammalano: l'esperienza soggettiva e la cura*, Milano: Franco Angeli.

## PSICOPATOLOGIA ED ADDICTION: ASPETTI CLINICO-ORGANIZZATIVI E NUOVE AREE DI INTERVENTO

Vittorio Rigamonti

Responsabile SSD Psicologia clinica, DSMD, ASST Lecco

La cosiddetta "doppia diagnosi" rappresenta una delle sfide che la salute mentale dovrà affrontare nei prossimi anni: infatti circa la metà dei pazienti con un problema psicopatologico nel corso della sua storia clinica fa uso di sostanze e un numero ancor maggiore di pazienti con problemi di dipendenza presenta un disturbo psicopatologico. Ma nonostante l'incidenza e la prevalenza del problema tendano ad aumentare sempre di più, i servizi che dovrebbero trattare questi pazienti hanno ancora delle difficoltà a costruire percorsi di intervento clinico adeguati e modelli organizzativi appropriati. La riorganizzazione prevista dalla riforma regionale -con la costituzione di un unico dipartimento per la salute mentale e le dipendenze- può certamente favorire tale cambiamento a condizione però che i servizi si attrezzino per trattare questo tipo di utenza ed impostino percorsi di cura e pratiche cliniche adeguate. L'intervento odierno -senza aver la pretesa di dare risposte definitive- cercherà di mettere a fuoco alcuni aspetti della comorbilità, aprendo un possibile confronto sulle nuove forme di trattamento e sul necessario percorso di cambiamento che la nuova utenza ed il problema della doppia diagnosi pongono ai

servizi. In pratica la riunione tra psicopatologia e dipendenze all'interno della salute mentale, deve andare oltre l'aspetto organizzativo e gestionale e aprirsi ad un approccio che è, per entrambi i servizi coinvolti, una sfida: per le tossicodipendenze il recupero di una dimensione psicopatologica, per la psicopatologia il riconoscimento che il problema delle dipendenze è un aspetto che la coinvolge sempre più: l'integrazione degli interventi e la sperimentazione di nuovi modelli di trattamento, sarà per quest'area la scommessa del prossimo futuro.

## LA GESTIONE IN AREA CRITICA

Sara Maria Comerio \*, Barbara Lissoni\*\*

\*UOSD Psicologia, ASST Ovest Milano Legnano

\*\*S.S.D. Psicologia Clinica, ASST - GOM Niguarda

**Introduzione:** Le strutture di Psicologia Clinica dell'ASST Ovest Milano –che vede presenti i PP.OO. di Legnano, Cuggiono, Magenta e Abbiategrasso- e l'ASST GOM Niguarda intervengono nell'area critica (P.S. e T.I.), garantendo un servizio l'una rivolto agli operatori, successivamente ad eventi critici, l'altra indirizzata sia ai pazienti ed ai familiari sia agli operatori.

**Metodo:** A Legnano viene attivata una procedura che prevede tre incontri di gruppo scaglionati nell'arco di trenta giorni -uno a ridosso dell'evento critico, uno dopo sette giorni ed uno dopo un mese dal primo intervento- utilizzando il protocollo EMRD-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Integrative Group Treatment Protocol di Jarero e Artigas (2000), adattato da Maslovaric e Fernandez (2015)). In caso di necessità, possono essere proposti anche trattamenti individuali successivi.

Viene somministrata la Impact of Event Scale - Revised (IES-R) di Horowitz, all'inizio ed alla fine del trattamento e la Subjective Units of Distress Scale (SUDS) di Wolpe, per monitorare sia a inizio sessione, nelle fasi intermedie ed al termine il livello di malessere percepito.

Per Niguarda l'intervento prevede la partecipazione dello psicologo alla riunione quotidiana dell'équipe, dove si affrontano gli aspetti clinici ed etici delle persone ricoverate, conduce (2 ore/mese) un gruppo esperienziale che coinvolge tutti gli operatori, la partecipazione multidisciplinare ai colloqui quotidiani con i familiari.

**Risultati:** A Legnano nell'anno 2017 e nei primi sei mesi del 2018 sono state attivate 45 procedure per altrettanti operatori, per 3 di questi era successivamente indicato il trattamento individuale, accettato però soltanto da due. I risultati evidenziano una riduzione del livello di sofferenza percepito (punteggi medi) dopo il primo intervento ed il punteggio diminuisce ulteriormente alla fine del terzo. Alla scala IES si evidenzia una riduzione dei punteggi medi per ognuno dei fattori analizzati (evitamento, iperarousal, intrusività, scala totale).

A Niguarda è possibile una valutazione qualitativa (focus group annuali) e l'evidenza di un modello d'intervento indirizzato al sistema familiare del paziente ed al sistema di cura, garantendo una continuità clinica al primo e di formazione al secondo, cui corrispondono modificazioni sul piano organizzativo del servizio e di riassetto motivazionale.

**Conclusioni:** I dati raccolti confermano l'importanza e l'efficacia di un intervento, tempestivo e continuativo, volto a ridurre il carico di stress e la fatica emotiva percepiti, oltre a migliorare la qualità di vita in ambito professionale.

## Bibliografia

Backmann, C. G., & Walther, S. M.(2001). Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med*, 27(2), 426–429

Bergbom, I., Svensson, C., Berggren, E., & Kamsula, M. (1999). Patients' and relatives' opinions and feelings about diaries kept by nurses in an intensive care unit: pilot study. *Intensive Crit Care Nurs*,15, 185–191.

- Ordine degli Psicologi – Consiglio Nazionale (2012). *Disposizione in materia di reparti di terapia intensiva aperta*. Disegno di Legge n. 3248 - Proposta emendativa. Prot.12000294.
- Rattray, J.E., & Hull, M. (2008). Emotional outcome after intensive care: literature review. *J Adv Nurs*, 64(1), 2-13. doi: 10.1111/j.1365-648.2008.04767.x.
- Shapiro E. (2009). EMDR Treatment of Recent Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151. doi:10.1891/1933-3196.3.3.141.
- Shapiro E. (2011). Suggestions for Teaching the Application of Eye Movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2), 73-77. doi:10.1891/1933-3196.5.2.73.
- Shapiro E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62(4), 241-251. doi:10.1016/j.erap.2012.09.003.
- Shapiro E., Laub B. (2008). A Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79-96. doi:10.1891/1933-3196.2.2.79.
- Solomon R.M., Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 39(2), 191-200. doi:10.1007/s10615-010-0300-7.
- Wilson S.A.M.(1995). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *The Sciences and Engineering*, 56(4), 2347.

## ADOLESCENTI IN DIVENIRE: INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ DI CURA TRA I SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA E PSICHIATRIA

Francesco Rovatti, Matteo Sala

UOSD Psicologia Clinica, DSMD, ASST Ovest Milanese

**Introduzione:** Le differenze riscontrabili tra la psicopatologia adolescenziale (con segni e sintomi fluidi e mutevoli) e le psicopatologie osservabili in età adulta, più cristallizzate, rendono spesso difficile un confronto tra operatori che operano in unità operative diverse. I progetti innovativi regionali afferenti alla NPI (emergenza psichiatrica in adolescenza) e alla Psichiatria (TR 105 - prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile) hanno nel tempo creato le condizioni per sviluppare sinergie, condivisioni di casi e il tentativo di uniformare strumenti e modalità di assessment e di presa in carico.

**Metodo:** Un gruppo di lavoro dedicato alla condivisione di strumenti ha definito una procedura valutativa comune per i pz in fascia d'età 16-24 anni con lo scopo di uniformare ed integrare linguaggi, strumenti, procedure, possibilità di cogestioni. Ciò si traduce in un lavoro di equipe sia a livello macro (attività di coordinamento) che micro (discussione clinica sui singoli pazienti) quale strumento che struttura l'intervento integrato di presa in carico dell'adolescente. La continuità della presa in carico presuppone la necessità di aggiornare le valutazioni e gli obiettivi dei percorsi di cura alle differenti fasi evolutive del paziente. In particolare il passaggio alla giovane età adulta rende necessario allargare progressivamente il focus di attenzione al livello di funzionamento sociale del paziente, con l'obiettivo di favorire la costruzione di un progetto di vita in grado di rispondere alla necessità di una funzionale organizzazione della struttura del tempo (Berne, 1964).

**Risultati:** È stata avviata una riflessione sugli esiti del trattamento attraverso il monitoraggio del livello di funzionamento globale (VGF) e del livello di social disability (Birchwood et al, 2015) in pazienti arruolati nel biennio 2016/17 tra i 18 e i 24 anni di età. I dati raccolti evidenziano, in pazienti con funzionamento sociale significativamente compromesso, una maggiore efficacia dell'intervento nei percorsi di cura realizzati in equipe multiprofessionale.

**Conclusioni:** L'integrazione fra i due progetti innovati regionali consente di rispondere in modo efficace alle esigenze evolutive dell'adolescente e sostenere il passaggio fra servizi, alla maggiore età, garantendo un senso di continuità e di aggiornamento degli obiettivi del percorso di cura che si esprime in una maggiore efficacia degli interventi.

## **Bibliografia**

- BERNE, E. (1964). *Games people play*. New York: Grove Press.
- BIRCHWOOD M., (2015) *Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: a latent class growth analysis*, Br J Psychiatry. 2015 Dec;207(6):536-43
- FOSSATI A, BORRONI S., SOMMA A., *Scale di valutazione PID-5 ADULTI e Manuale d'uso*, Raffaello Cortina editore, 2015
- BERGHUIS H. (et al) 2013, *The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an Instrument for Assessing the Core Features of Personality Disorders*, in “Clinical Psychology & Psychotherapy” 20, 544–557 (2013)

## **IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA: L'ESPERIENZA NELLA ASST NIGUARDA**

Matteo Contini

SSD Psicologia Clinica, DSMD, ASST- Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Il presente intervento sarà incentrato sul ruolo dello psicologo in ambito ospedaliero, con particolare riferimento all'esperienza maturata all'interno del Servizio di Etnopsichiatria dell' ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

L'etnopsichiatria si configura come una disciplina che storicamente critica l'epistemologia implicita dei dispositivi di cura occidentali. I migranti infatti portano una domanda di aiuto e cura molto complessa, che mette i nostri Servizi sotto una forte pressione evolutiva e che costringe noi operatori a cambiare il nostro approccio, il nostro modo abituale di guardare al disagio e alla sofferenza psichica: in questo contesto il ruolo dello psicologo è quello di facilitatore di questo cambiamento, legato principalmente ad un' epistemologia il più ampia possibile e interdisciplinare.

Verranno presentati i dati relativi all'attività del Servizio e le specificità del lavoro con persone straniere, richiedenti asilo, rifugiati e vittime di violenza intenzionale.

L'attenzione al dato culturale, l'utilizzo di un setting etnopsichiatrico “allargato”, un approccio de-istituzionalizzante e de-medicalizzante insieme all' utilizzo di specifiche tecniche di psicotraumatologia, caratterizzano il lavoro dello psicoterapeuta in questo ambito. Negli ultimi anni inoltre gli operatori del Servizio sono sempre maggiormente coinvolti in attività di formazione e supervisione rivolta agli operatori del settore.

Infine negli anni il Servizio si è sempre più radicato sul territorio costruendo reti e sinergie importanti che hanno portato alla creazione della Rete Milanese Vulnerabili della quale fanno parte, oltre al nostro Servizio, il Comune di Milano, il Dipartimento di Medicina Legale dell'università di Milano e le realtà del privato sociale che si occupano di accoglienza, di supporto legale e di mediazione culturale e che si incontrano mensilmente in un tavolo di lavoro con il fine di sviluppare e applicare un modello multidisciplinare ed integrato di presa in carico.

## **LA PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELL' ORGANIZZAZIONE NELL' ASST DI LODI**

Ivana Cacciatori\*, Andrea Filippi<sup>o</sup>, Chiara Grossi\*, Erika Buscaino\*<sup>^</sup>

\* USSD Psicologia Clinica – ASST di Lodi

<sup>o</sup>Medico Competente – ASST di Lodi

<sup>^</sup>Università degli Studi di Parma

L'attività di psicologia del lavoro e dell'organizzazione svolta dall'area professionale dedicata nella UOSD di psicologia dell'ASST di Lodi ha lo scopo di prevenire condizioni di disagio conseguenti alle patologie stress lavoro correlate, e favorire il benessere organizzativo. L'obiettivo è quello di migliorare la gestione delle risorse umane e il lavoro di équipe, attivando processi riguardanti la

qualità e l'umanizzazione dell'assistenza, per diminuire i rischi trasversali (psicologici, stress, burn-out, mobbing), favorire la relazione di cura tra l'équipe curante, il malato ed i familiari.

Gli operatori individuati alla Azienda per svolgere le attività connesse alla psicologia del lavoro collaborano con il Servizio Prevenzione Protezione Aziendale per la valutazione e il monitoraggio del rischio stress lavoro correlato (articolo 15 del D.lgs. n°81 del 2008). Tale valutazione è compiuta attraverso strumenti di rilevazione statistici delle dimensioni psico-sociali dell'organizzazione dell'ASST, definizione dei codici di rischio psico-sociali, attività di bonifica degli elementi problematici rilevati, garantendo l'osservazione e il monitoraggio continui della salute organizzativa, premessa fondante la possibilità di intervento sull'organizzazione.

In particolare sono state implementate le seguenti Procedure Aziendali:

**PGA Integrazione all'attività di sorveglianza sanitaria:** sono attivi un servizio di accoglienza ai neo-assunti e attività di screening e sostegno psicologico, allo scopo di monitorare il grado di SLC nei dipendenti dell'azienda. Dal 2010, anno di apertura dell'ambulatorio di psicologia del lavoro a fine 2017, hanno avuto accesso al servizio un totale di 684 utenti. Dalle analisi dei dati è emersa la presenza di genere prevalentemente femminile e un aumento significativo delle visite a richiesta specialmente nella fascia d'età 51-60 anni. Il dato positivo è che la maggior parte dei soggetti ha ripristinato la condizione di benessere psico-fisico a fronte della sintomatologia riportata, entro un massimo di quattro colloqui.

Nella fase testistica sono stati utilizzati i seguenti test: Resilience Scale (Wagnild and Young) - Scala della Resilienza, MBI - Maslach Burnout Inventory, TAS - Toronto Alexithymia Scale, STAI Y - State-Trait Anxiety Inventory: Forma Y, BPI - Burnout Potential Inventory, WSRQ - Work Stress Risk Questionnaire, ProQUOL - Professional Quality of Life, Beck Depression Inventory, ASQ - Anxiety Scale Questionnaire (Scala d'ansia IPAT). L'analisi delle singole casistiche ha riportato percentuali basse d'indicazione al trasferimento di posizione lavorativa e di suggerimento di un percorso di counseling, fattore positivo per l'efficacia del processo.

**PGA Assistenza/consulenza all'organizzazione**

Consulenze all'organizzazione con l'intento di analizzare le variabili che influenzano la vita aggregata dei gruppi di lavoro e per la valutazione del clima organizzativo; la consulenza alle singole Unità Operative/gruppi omogenei di lavoratori, attuata attraverso l'analisi e la valutazione dell'organizzazione, delle procedure di lavoro, della modalità comunicative e relazionale del gruppo, prevede l'utilizzo della tecnica del focus group. Dal 2012 a tutto il 2017 attivazione di n° 30 consulenze richieste interne alle singole organizzazioni con particolare riferimento alle aree con potenziale rischio "intrinseco".

**PGA Supporto ai cambiamenti organizzativi:** viene promossa dalla Direzione Strategica, che individua e pianifica cambiamenti dell'organizzazione e/o dell'attività lavorativa in base agli obiettivi di mandato e normativi avvalendosi del supporto consulenziale e formativo della Psicologia del lavoro.

**PGA Rotazione programmata** (in fase sperimentale): scopo della istruzione operativa è definire delle modalità di rotazione programmata all'interno del Azienda Ospedaliera di Lodi affinché sia possibile attuare una job rotation. La Direzione delle Risorse Umane supportata dal Servizio di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione provvede a disporre cambi di mansioni, trasferimenti di sede e di posizione dei dipendenti. In questo modo la job rotation permette ai collaboratori di accumulare velocemente una buona esperienza in funzioni diverse ed in svariati settori. Grazie a sfide sempre diverse, la rotazione del personale consente ai collaboratori di perfezionare le proprie capacità e aumentare le possibilità di carriera e ridurre in parte le problematiche connesse con l'aging della popolazione sanitaria.

## **FORMAZIONE RICERCA E SVILUPPO**

- Ricerca con Università di Pavia Dipartimento di Psicologia del lavoro e dell'organizzazione Prof. Argentero: **“La Qualità percepita dagli utenti in rapporto al benessere degli operatori sanitari”**

- *Implementazione con ricerca del modello osservazionale OTAS per la sicurezza in ambito chirurgico rivolto a u.s.c. anestesia e medicina perioperatoria a seguito di p.g.a. consulenza psicologica all'organizzazione (d.lgs. 81/09)*
- *Selezionati al Premio Qualità del Network JCI Italia – III edizione 2017.*

## DISTRESS PSICOLOGICO E VULNERABILITÀ SOCIALE: IL PROTOCOLLO MBSR IN AMBITO OSPEDALIERO

F. Barile<sup>1</sup>, M. Barichello<sup>1</sup>, M. Bonomi<sup>1</sup>, E. Campanini<sup>2</sup>, E. Jalongo<sup>2</sup>, F. Giommi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOSD Psicologia Clinica ASST Monza

<sup>2</sup>AIM –Associazione Italiana per la Mindfulness

**Introduzione:** Negli ultimi anni la domanda di cura psicologica si correla sovente alla condizione di vulnerabilità sociale. La perdita del senso di sicurezza e competenza adattativa può di fatto costituire un rischio per il benessere psicofisico, nonché un importante fattore di costo finanziario per il sistema sanitario.

Lo studio ha avuto l'obiettivo di valutare la fruibilità del protocollo MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), in ambito istituzionale ed il suo contributo nel potenziare, nel processo terapeutico, strategie di resilienza e coping.

**Metodo:** Sessanta pazienti, in carico presso l'ambulatorio di psicologia clinica hanno completato il programma MBSR di 8 settimane. Durante la partecipazione al programma il trattamento psicologico è stato sospeso. Sono state effettuate valutazioni pre e post intervento (T test  $p < 0,05$ ) del: profilo clinico (SCL-90 R), outcome (CORE-OM), stress percepito (PSS), strategie di coping (COPE-NVI), consapevolezza (MASS, FFMQ), regolazione delle emozioni (DERS), resilienza (RSA).

**Risultati:** Si osserva significativo miglioramento della consapevolezza e delle strategie di regolazione delle emozioni negative. Differenze significative si rilevano nelle dimensioni della resilienza e dell'attitudine positiva (COPE-NVI), così come del distress psicologico (PSS –CORE-OM) e dei punteggi delle sottoscale ossessione, ansia e depressione. (SCL90-R). Alla conclusione del programma il 41% dei partecipanti è stato dimesso; il 20% effettua controlli periodici; e il 39% è ancora in trattamento.

**Conclusioni:** I risultati suggeriscono che il programma MBSR, supportando consapevolezza e l'attenzione non giudicante, possa facilitare l'accesso alle strategie di regolazione emotiva e potenziare le competenze di resilienza; inoltre il sostegno di atteggiamento di accettazione ed equanimità consente una reinterpretazione più positiva e funzionale degli eventi critici e del disagio psicologico.

Ipotizziamo che il programma MBSR possa essere, all'interno del percorso terapeutico, un modalità attivante di empowerment e autonomia, con ripercussioni positive su durata e costi dei trattamenti.

### Bibliografia

Demarzo, M. M. P., Cebolla, A., & Garcia-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis. *General hospital psychiatry*, 37(2), 166-171. Germer, C., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.).

E.Rushd, C.Fourniere (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis *Journal of Psychosomatic Research* Volume 78, Issue 6, June, 519-528 J.Sundquist, et al. (2015)

Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 206; 128–135 S.

## NEUROPSICOLOGIA: INTERVENTI INTEGRATI IN AMBITO OSPEDALIERO ED TERRITORIALE

Dr.ssa Monica Grobberio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Neuropsicologia Clinica, UOSD Psicologia Clinica e UO Neurologia – ASST Lariana

La complessità del paziente neurologico richiede che, all'atto della diagnosi e della cura, vengano presi in considerazione contemporaneamente aspetti fisici, cognitivi ed emotivi riconducibili alla presenza di malattia al fine di prendersi carico dell'intero sistema-paziente, inteso come un continuum mente-corpo.

In questa relazione osserveremo come, al fine di far fronte a tali molteplici aspetti, a partire dal 2000 è nato e cresciuto il Laboratorio di Neuropsicologia dell'ASST Lariana, assestandosi quale centro specialistico volto a garantire prestazioni di diagnostica differenziale dei disturbi neuropsicologici, riabilitazione neuropsicologica dei disturbi cognitivi acquisiti conseguenti a patologie neurologiche acute (trauma cranio-encefalico, ictus...) e croniche (sclerosi multipla, demenza...), counseling e psicoterapia per il paziente neurologico.

L'ampliamento nel tempo dell'offerta dei servizi neuropsicologici, in ambito sia ospedaliero sia territoriale, ha contribuito ad intercettare una sempre maggiore richiesta di prestazioni differenziate, sino a giungere alla definizione di attività psicoterapeutiche specifiche per la presa in carico di pazienti affetti da demenza e dei loro familiari (gruppi di attivazione cognitiva; gruppi psicoterapeutici per caregiver).

Quanto realizzato nel corso di questi anni di attività ha consentito all'ASST di aderire, prima, al Progetto Cronos e, in seguito, di allinearsi con quanto richiesto da Decreto n.9942 del 5.10.2009 della regione Lombardia "Rete integrata per la gestione del paziente con demenza", incentivando la compliance del paziente ai differenti trattamenti terapeutici, farmacologici e non farmacologici. In tempi più recenti si sono, infine, poste le basi per legittimare gruppi multidisciplinari di lavoro già esistenti e stimolare la creazione di nuovi, con lo scopo di definire e realizzare percorsi condivisi di diagnosi e cura (PDTA), operando nel solco tracciato dal nuovo modello regionale di presa in carico della cronicità. Ciò al fine di coadiuvare il paziente stesso nella ri-costruzione di un'idea integrata di sé ed nell'attribuzione di un significato a quanto sta accadendo.

## POSTER

### L'INTEGRAZIONE MEDICO-PSICOLOGICA NEL PERCORSO DI CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

V. Beggio\*, M. Martini\*, M. Tajani<sup>^</sup>, E. Corradi<sup>°</sup>, M. Percudani<sup>^</sup>, U. Mazza\*

\*S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

<sup>^</sup>S.C. Psichiatria 1, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

<sup>°</sup>S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

La Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ospita il Centro per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, che offre a persone affette da anoressia e bulimia un percorso assistenziale articolato su diversi livelli: ambulatoriale, day hospital, ricovero in acuzie, percorsi assistenziali prolungati.

All'équipe curante, concorrono specialisti di diverse strutture ed è composta da medici nutrizionisti, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, dietisti ed infermieri.

Il presente lavoro è volto a descrivere l'integrazione della Psicologia Clinica nel Centro ed a evidenziare le aree specifiche di bisogno sulle quali indirizzare nuovi interventi: in particolare, oltre ai trattamenti clinici individuali, sono descritti gli interventi di gruppo indirizzati ai familiari. Questi sono state implementati sulla base della rilevazione di quegli aspetti problematici, quali il criticismo e l'elevata emotività espressa, che si sviluppano trasversalmente nelle famiglie dove è presente un membro sofferente di tale patologia e che tendono a strutturarsi come fattori di mantenimento della psicopatologia.

Un ulteriore aspetto di rilievo, relativo alla professionalità dello psicologo, concerne la comunicazione interna all'équipe multidisciplinare e l'opportunità di introdurre interventi rivolti quest'ultima, in particolare alle figure che, nell'esercizio della propria funzione professionale, entrano in contatto con gli impegnativi aspetti della malattia in modo più diretto e ricorrente.

#### **Bibliografia:**

-Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord.* 2013 Jul;46(5):462–469.

-Psychological Treatments for Eating Disorders : Andrea E. Kass, M.A., Rachel P. Kolko, M.A., and Denise E. Wilfley, Ph.D. *Curr Opin Psychiatry.* 2013 Nov; 26(6): 549–555.

-Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med.* 2012 Dec;10:1–24

### INTERVENTO CONGIUNTO PSICOLOGO-DIETISTA: INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

E. Bortolussi\*, G. F. Rizzato\*, A. Focarelli\*\*, E. Picci\*\*\*, G. Colombo<sup>°</sup>

\* Psicologa Psicoterapeuta, \*\*Dietista, \*\*\*Dietologa, <sup>°</sup>Psichiatra Responsabile Scientifico UOSD Psicologia Clinica, UOC di Psichiatria DSMD ASST Ovest Milanese

**Introduzione:** I DCA sono disturbi a eziopatogenesi multifattoriale, al cui esordio concorrono numerose variabili che hanno un peso diverso nelle differenti fasi del disturbo e sono oggetto di interventi terapeutici pluridirezionali e plurispecialistici che privilegiano le dimensioni più rilevanti in una certa fase, ma sono sempre condotti in un'ottica globale di presa in carico. L'approccio ideale al trattamento dei DCA è, quindi, quello multidisciplinare che prevede la collaborazione continua e integrata tra diverse figure professionali.

**Metodo:** Per favorire una presa in carico sinergica del paziente si è avviata una sperimentazione che prevede la realizzazione di colloqui congiunti psicologo-dietista. Durante la valutazione vengono

somministrati i seguenti test: SCL-90, CORE-OM ed EDI-3. In seguito, nel caso in cui si ritenga opportuno avviare un percorso terapeutico, vengono svolti 5 colloqui a cadenza settimanale con focus sul sintomo, sulle abitudini alimentari, sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del DCA, con attenzione alle vulnerabilità soggettive. Successivamente i pazienti vengono visti ogni 2/3 settimane a seconda della gravità dei sintomi.

**Risultati:** Attraverso la realizzazione di colloqui congiunti psicologo-dietista si è assistito a: diminuzione dei tempi di cura, riduzione dei tentativi di triangolazione, aumento della consapevolezza dei pazienti della componente psicofisica del disturbo.

**Conclusioni:** si ritiene utile avviare un protocollo di ricerca finalizzato a valutare l'efficacia del modello sperimentale e valutare eventuali differenze creando gruppi omogenei sulla base della diagnosi (Anoressia, Bulimia, BED) e tenendo in considerazione l'eventuale presenza di una comorbidità.

## IDENTIFICARE LE DONNE A RISCHIO DI DISTRESS PSICOLOGICO RICOVERATE IN UN REPARTO DI OSTETRICIA. PROGETTO PRELIMINARE SULL'APPLICAZIONE DEL TEST DI SCREENING MGMQ

E. Beretta\*, S. Dalò\*\*, E. Sartori\*\*\*

\* Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile del Servizio di Psicologia

\*\* Laureata in Psicologia, Tirocinante

\*\*\* Direttore Dipartimento Materno Infantile

Area Ostetrica ASST Spedali Civili di Brescia

**Introduzione:** La prevalenza della depressione in gravidanza è circa dell'8-10%, i sintomi di ansia si manifestano nel 5-15% delle gravidanze (Howard et al., 2014) e le percentuali aumentano quando si tratta di gravidanze a rischio (Cole et al., 2016).

Si è scelto di inserire uno screening per il disagio psichico perinatale nella routine dell'assistenza di un reparto di ostetricia per verificare se fosse utile allo scopo di individuare precocemente la sofferenza psichica.

**Metodo:** Hanno partecipato le pazienti ricoverate con gravidanza a rischio.

La psicologa ha chiesto di compilare il questionario MGMQ (Matthey, 2013) e la scheda dei fattori di rischio. Nel caso di esito positivo la psicologa ha contattato le pazienti entro il giorno successivo. Durante questo colloquio è stato effettuato l'assessment. Nel caso di assessment positivo è stato concordato il successivo percorso di cura.

**Risultati:** Il 59% degli screening è risultato positivo, ed il 59% di queste donne è stato valutato positivo anche all'assessment. Il 27% degli screening positivi si è rivelato essere dei falsi positivi. L'11% delle pazienti positive allo screening ha rifiutato l'assessment.

**Conclusioni:** La procedura di screening si è rivelata utile, ma andrebbe rivista per limitare il numero di falsi positivi.

## Bibliografia

Cole, J. C. M., et al. (2016). Identifying expectant parents at risk for psychological distress in response to a confirmed fetal abnormality. *Archives of Women's Mental Health*; 19: 443 – 453.

Howard, L. M., et al. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*; 384: 1775-1788.

## PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI PERINATALI – PROGRAMMA INNOVATIVO REGIONALE (T.R. 112)

F. Corno\*, I.E. Corbani\*, A. Puzzeni\*, G. Piccinini\*\*, M. Bassi\*\*, U. Mazza\*, M. Percudani\*\*

\*S.S.D. Psicologia Clinica, DSMD, ASST Niguarda

\*\* S.C. Psichiatria, DSMD, ASST Niguarda

**Introduzione:** In letteratura la depressione ha una variabilità tra il 15 e il 20% in gravidanza e tra il 10 e 15% nel post partum. L'ansia è un sintomo comune nel peri-partum: alti livelli di ansia in gravidanza sono fortemente associati all'insorgenza di depressione post-partum e di ansia postnatale. I disturbi psichici perinatali possono avere numerose conseguenze negative per la madre, per il nascituro influenzandone lo sviluppo cognitivo ed affettivo e comportamentale e possono inoltre aumentare la probabilità di depressione nel compagno.

Obiettivi principali di questo progetto innovativo sono: ampliare la popolazione delle donne sottoposte a screening e garantire un trattamento alle donne a rischio.

**Metodo:** Il progetto, avviato nel 2009 con finanziamento della Regione Lombardia, coinvolge il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (Unità di Psicologia Clinica e di Psichiatria) e il Dipartimento Materno-Infantile (Unità di Ginecologia, Ostetricia, e Terapia Intensiva Neonatale) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Il progetto è strutturato nelle seguenti attività: (1) informazione e sensibilizzazione delle donne in gravidanza a rischio di sviluppare disturbi psichici perinatali, all'interno dei corsi di preparazione alla nascita; (2) screening e assessment delle donne a rischio, (3) interventi psicoterapici evidence based individuali, di coppia e di gruppo, indirizzati alle puerpere affette da depressione e/o ansia, e (4) trattamento farmacologico, qualora necessario. Oltre al colloquio clinico, la valutazione comprende i seguenti strumenti: una scheda di accoglienza che raccoglie i principali fattori di rischio di sviluppare disturbi psichici perinatali (psicopatologia pregressa, familiarità per disturbi dell'umore e/o d'ansia, fattori ostetrico-ginecologici, recenti eventi di vita stressanti); ed alcune scale (EPDS, STAI, BDI, SPS) utilizzate per valutare la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva e la percezione del supporto sociale esperito in gravidanza e nel post partum.

**Risultati:** Dal 2009 a oggi, 2493 donne sono state inserite nel progetto attraverso corsi di preparazione alla nascita, screening, assessment e trattamento. Nel biennio 2017-2018 sono state contattate 245 donne, di queste 42% con una diagnosi psichiatrica: il 21% aveva un disturbo dell'umore, il 51% un disturbo d'ansia, e il 13% un disturbo associato al puerperio.

## **Bibliografia**

Iapichino, E., Corbani, I.E., Rucci, P., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M.R., Gala, C., Bassi, M.. "Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian", *Journal of Psychopathology* (2016; 22: 157-163);  
Corbani, I.E., Rucci, P., Iapichino, E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M.R., Gala, C., Bassi M. "Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures", *International Journal of Social Psychiatry* (2017; 63: 622-631).

## **PARURESI: QUANDO LA VESCICA È TIMIDA**

S. Morani, S. Sandri, A. Zarinelli

U.O. Urologia-Ospedale G. Fornaroli, Magenta, MILANO

**Introduzione:** La paruresi o sindrome della vescica timida è una fobia poco conosciuta, che colpisce prevalentemente uomini.

Il paruretico è incapace di urinare in situazioni "pubbliche" alla presenza reale o immaginaria di qualcun altro. L'ansia causa una tensione muscolare tale da creare una ritenzione urinaria su base psicogena. La paruresi, di cui si stima ne soffre circa il 7% della popolazione mondiale, incide pesantemente sulla qualità della vita e sulle capacità di socializzazione.

Obiettivo di questo studio è fornire una descrizione e trattamento del disturbo riscontrato in 2 pazienti afferenti al nostro reparto.

**Metodo:** La valutazione è stata effettuata, dopo aver escluso ogni problematica urologica, attraverso il colloquio clinico, somministrazione del test MMPI-2 e la Paruresis Check-List (versione adattata, A. Prunas).

**Risultati:** Entrambi i soggetti, di sesso maschile (21 e 22 anni), hanno mostrato sintomi clinicamente rilevanti di paruresi, confermati anche dal superamento del punteggio soglia della PCL (6/8 e 8/8). Hanno mostrato inoltre entrambi punteggi clinicamente significativi nell' MMPI-2, sia nella scala clinica della depressione (punti t=80 e 71), ipocondria (88 e 65) e dell'introversione sociale (77 e 65).

**Conclusioni:** La paruresi è una condizione clinica associata a diversi livelli di disagio, che partendo da una causa psicologica, può arrivare a compromettere una buona funzionalità vescicale.

È importante che tale problematica venga conosciuta anche da urologi e pediatri, oltre che da psicologi, poiché spesso viene trattata con terapie farmacologiche che hanno scarso successo ed un alto tasso di ricadute. I miglioramenti dei nostri pazienti sono stati ottenuti con l'utilizzo di specifiche procedure cognitivo-comportamentali (desensibilizzazione in vivo) oltre all'utilizzo della psicoeducazione e tecniche di rilassamento.

### **Bibliografia**

1. Prunas A., Shy bladder syndrome, Riv Psichiatr. 2013 Jul-Aug;48(4):345-53.
2. Soifer S1, Nicaise G, Chancellor M, Gordon D. Paruresis or shy bladder syndrome: an unknown urologic malady?, Urol Nurs. 2009 Mar-Apr;29(2):87-93
3. Soifer S1, Himle J, Walsh K. Paruresis (shy bladder syndrome): a cognitive-behavioral treatment approach. Soc Work Health Care. 2010;49(5):494-507.

### **DISTRESS PSICOLOGICO E QUALITÀ DI VITA, NELLE PERSONE LUNGOVIVENTI CON TUMORI TESTA-COLLO**

G.C. Pagani\*, S. Bucciarelli\*, B. Lissoni\*, D. Sibio\*\*, M.F. Palazzi\*\*, U. Mazza\*

\* S.S.D. Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

\*\*S.C. Radioterapia, Niguarda Cancer Center, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

**Introduzione:** Nel 2018 sono attesi circa 9.700 nuovi casi di tumore testa-collo (T-C), almeno il 75% dei quali causato dal tabacco e dall'alcool. Nel 2015 i decessi per questa neoplasia in Italia, sono stati pari al 3% (uomini) e all'1% (donne) dei decessi per tumore (Aiturm, 2018).

Le neoplasie che riguardano questo distretto corporeo possono avere effetti sulla qualità di vita (QoL) dei pazienti in quanto i regimi di trattamento influenzano profondamente diversi domini: il distretto anatomico coinvolto è deputato, infatti, ad importanti funzioni fisiologiche e sociali (Curran, 2007).

**Metodo:** È stata valutata una coorte di pazienti sopravvissuti a tumori T-C, che hanno effettuato e concluso il trattamento di radioterapia esclusivo da almeno 3 anni. Gli aspetti indagati riguardano la QoL e le condizioni ansiose e/o depressive reattive all'evento di malattia e agli esiti dei trattamenti medici ricevuti.

Sono stati utilizzati il EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-H&N35, per il costrutto della QoL e l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) per la valutazione clinica.

**Risultati:** Sono stati arruolati 24 pazienti, 19 uomini (79%) e 5 donne (21%), con un'età compresa fra i 51 e gli 83 anni.

I risultati sono stati comparati con il gruppo normativo "head and neck cancer: allstages" per EORTC QLQ-C30 e "Hammerlid et al., 2017" per il EORTC H&N-QLQ35 e confermano un buon esito complessivo in termini di recupero delle funzioni generali.

Permangono esiti in termini di effetti tardivi locali legati alla RT, come evidenziato dai punteggi

ottenuti al EORTC QLQ H-N, sia per quanto concerne le sottoscale sia per alcuni singoli item. I punteggi ottenuti nella scala HADS, considerati i cut-off di Zigmond (1983) e di Annunziata (2011), evidenziano un basso rischio di sviluppare sintomi depressivi e ansiosi.

**Conclusioni:** I disturbi maggiormente riferiti riguardano il distretto corporeo trattato e le funzioni del cavo orale, poiché hanno un elevato impatto sulla QoL in quanto coinvolgono alcune funzioni quotidiane, come comunicare ed alimentarsi che, seppur conservate nella maggior parte dei casi, risultano compromesse rispetto alla condizione premorbosa.

Si ritiene indispensabile proseguire nella somministrazione di tali reattivi così da poter effettuare delle analisi più approfondite e specifiche.

## **Bibliografia**

Annunziata et al., (2011) Defining Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings *Annals of oncology* Vol. 22, Issue 10, 1 October 2011, Pages 2330–2333;

Hammerlid E., et al., (2017) Population-based reference values for the European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck module Head & Neck. 2017;39:2036–2047;

Curran D., et. al. (2007) Quality of life in head and neck cancer patients after treatment with high-dose of radiotherapy alone or in combination with cetuximab *Journal of clinical oncology*, vol.25, number 16, 1 june 2007;

Scott NW., et al., (2008) EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual;

Zigmond AS., Snaith RP., (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale *Acta psychiatrica scandinavica*.

## **BENESSERE E QUALITÀ DI VITA NELLA PERSONA AFFETTA DA PATOLOGIA ONCOLOGICA TESTA COLLO**

P. Sironi\*, M. Magnani\*\*, G. Saiani\*\*\*

\* Psicologo Dirigente, Psicologia Clinica, ASST Cremona

\*\* Direttore U.O. ORL, ASST Cremona

\*\*\* Maestro Rieducatore AILAR

**Introduzione:** Come noto in letteratura, la persona affetta da patologia oncologica testa collo si trova ad affrontare non soltanto l'impatto della malattia con le sue implicazioni, ma anche, soprattutto nei Soggetti laringectomizzati, una lunga fase di rieducazione foniatrica e non ultimo un riadattamento alla vita sociale e relazionale. Pertanto, il percorso clinico, curativo e riabilitativo rappresenta un processo complesso, che coinvolge l'intero sistema di cura, nonché i caregivers e/o volontari.

### **Obiettivi:**

- Analisi dei fattori emergenti della Q.o L. (qualità di vita) e della condizione psicofisica nella persona affetta da patologia oncologica testa collo.
- Individuazione dei bisogni psicologici
- Orientamenti per la promozione del benessere e di una buona Q.o L.

Target: Persone affette da patologia testa collo e/o laringectomizzate, con diagnosi effettuata da almeno 6 mesi, nella fascia d'età compresa tra i 36 e i 76 anni. Sono stati individuati n. 25 Soggetti.

**Metodo:** Individuazione di un campione randomizzato di persone in relazione al gruppo/target e somministrazione di un questionario di autovalutazione, predisposto ad hoc, sullo stato di salute psicofisico e sull'individuazione dei bisogni, con elaborazione dei dati rilevati.

**Risultati:** La maggior parte delle persone affette da patologia oncologica testa collo ha cercato di affrontare l'impatto della malattia e le sue conseguenze attraverso le informazioni ricevute, le proprie capacità di adattamento, nonché grazie all'aiuto di operatori sanitari, volontari e soprattutto familiari. Tale patologia, anche a distanza di tempo, ha influito a vari livelli: nella sfera affettivo-

relazionale, nella percezione di sé, nelle abitudini di vita, nei propri valori di riferimento, nella qualità di vita/benessere psicofisico. Prevalentemente si è sviluppato un certo livello positivo di adattamento, ma talvolta difficoltà ad affrontare alcuni aspetti della propria esistenza.

**Conclusioni:** Si rileva nel campione di persone affette da patologia oncologica testa collo e/o laringectomizzate una condizione generale di relativo benessere, di buona qualità di vita con atteggiamenti altruistici; segno che attraverso l'esperienza della patologia è stato possibile trovare un buon adattamento ed una percezione di sé positiva. Al contempo si notano criticità o bisogni latenti, interpretabili come segnali di disagio o di rischio: persone che non possono contare sull'aiuto dei familiari o che si sentono sole, coloro che non hanno del tutto accettato la malattia o che presentano difficoltà a relazionarsi con il mondo esterno. È necessario valutare in modo globale ed integrato ogni persona affetta da tale patologia oncologica, considerandone gli aspetti meno emergenti ma ugualmente significativi. Si rende necessario un approccio interdisciplinare ed un lavoro di squadra dell'équipe di lavoro, favorendo percorsi di formazione, sensibilizzazione e supporto psicologico mirato.

### **Bibliografia**

- Atti del convegno - Ricerche e terapie sul carcinoma laringeo: obiettivi prospettive e tecniche riabilitative. AILAR, Firenze, 2003.
- Atti del Corso Avanzato di formazione permanente per il recupero comunicativo e per l'assistenza del paziente laringectomizzato- 15-16/04/2010 A.O.Istituti Ospitalieri Cremona
- Calvet J e Marc-Vergnes J.P.: La psychisme des Laryngectomisés. Revue de Laryngologie, 28, 409-411, 1963.
- Cornut G., Vallery Y. E Richard: L'avenir social des Laryngectomisés. Revue de Laryngologie, 28, 409-411, 1963.
- Dutoit M Wulliermier F: Aspects psychologiques de la rehabilitation des malades atteints de cancer glossofaryngolarynges. Cancer information, vol. 13 (1), 1978.
- Lindstrom J et altri "Relazione qualità di vita –voce" – Questionario EORTC QOL-C30, Anxiety and depression scale
- Schneider a et altri 2000 "Relazione qualità di vita tra pazienti laringectomizzati e pazienti RT"
- Segre R: La comunicazione orale e patologica. Ambrosiana, Milano,1976.
- Sironi P, collaborazione al capitolo Le capacità relazionali in Imbasciati A, Margiotta M, Compendio di Psicologia per gli operatori socio-sanitari. Piccin, Nuova Libreria, Padova, 2004.
- Van Eyck M: Consideration sur les facteur psychologiques en O.R.L. Belgio, 1962 Vilaseca I. et altr 2006 Barcellona – QOL test Università di Washington.
- Zenner HP et altri 1991 PLTT: Post Laryngectomy Telephone-Test [www.ailar.it](http://www.ailar.it)

### **HOSPICE DIFFUSO E CURE SIMULTANEE: UN LAVORO INTEGRATO D'EQUIPE**

B. Lissoni (1), C. Bruni (1), G. Gorni (2), I.R. Causarano (3), U. Mazza (1)

- (1) SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
- (2) Medico Palliativista, SC Cure palliative Hospice, ASST GOM Niguarda, Milano
- (3) Direttore SC Cure Palliative Hospice, ASST GOM Niguarda, Milano

**Introduzione:** Il progetto "Hospice diffuso" nasce a partire dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) <sup>1</sup> che prevede il passaggio dalla medicina della

---

<sup>1</sup> "...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale."

patologia e dei trattamenti alla medicina dei bisogni del paziente e della famiglia, non più solo strettamente correlata alla fine della vita, estendendo l'intervento delle Cure Palliative (CP) dall'ambito strettamente oncologico a quello delle patologie cronico-progressive/degenerative ed a prognosi infausta.

Nel 2015, presso l'ASST GOM Niguarda, si avvia il progetto di "Hospice diffuso – simultaneous care", che promuove l'attività di consulenza e di formazione da parte di un "team mobile di cure palliative", composto da medico e psicologo, presso le degenze.

Nei reparti si evidenziano, da parte degli operatori, esigenze anche sul versante comunicativo-relazionale, emotivo, e soprattutto etico, con un focus sul consenso ai trattamenti e sull'interruzione degli stessi.

E' sempre più condiviso che la terminalità non sia legata alla temporalità -quanto rimane da vivere al paziente-, ma al cambiamento degli obiettivi di cura con il passaggio agli interventi finalizzati alla migliore qualità di vita, permettendo l'integrazione delle CP con la medicina curativa, per una presa in carico graduale ed una co-gestione per tutta una fase del percorso di malattia.

Nel 2015, i decessi a Niguarda sono stati 728 –esclusi traumi ed i decessi nelle psichiatriche e nelle cure palliative- con un range anagrafico 19<101 ed un'età media di 74 anni. I dati, in linea con i dati epidemiologici nazionali, vedono le malattie cardiocircolatorie prima causa di morte, quindi quelle tumorali ed a seguire quelle respiratorie; mentre le degenze dove si registrano i decessi sono le Medicine Generali, seguite dalle Terapie Intensive.

**Obiettivi e metodi:** Il progetto definisce un modello organizzativo che prende in carico il paziente ed il sistema famiglia, quando presentano indicatori clinico-assistenziali e bisogni globali di elevata complessità, con un team formato dallo specialista d'organo, dal palliativista e dello psicologo, quando necessario.

Con l'affiancamento dell'équipe e l'utilizzo della supervisione con "case report" condivisi, si evidenziano i seguenti obiettivi:

- trattamento immediato e sistematico della sintomatologia legata alle terapie attive, nonché la valutazione dei bisogni globali (emozionali, sociali e spirituali) del paziente, nel rispetto della multiculturalità che caratterizza la nostra società;
- attenzione alla migliore qualità della vita, intercettando il paziente in un tempo precoce per definire un progetto di cura soggettivo e specifico;
- accrescere la competenza delle equipe specialistiche, valutando il livello di disagio degli operatori nella gestione delle problematiche del malato terminale;
- riduzione dei trattamenti futuri.

## **Bibliografia**

Morasso G, Viterbori P, Costantini M et al. La consapevolezza di malattia: un'ipotesi di valutazione. *Gior Ital Psico-Oncol* 2005; 7(1): 8-12.

Monti M, Castellani L, Romani R et al. Consapevolezza di terminalità in pazienti oncologici anziani degenti in hospice. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2009; 1: 33-40.

Macchi G, Visca G, Gualtieri E et al. La consapevolezza di diagnosi e di prognosi alla fine della vita dalla parte del medico: studio osservazionale. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2009; 3/4: 20-8.

Orsi L. Quale informazione e quale consenso nella terminalità? Decidere insieme costruendo la fiducia. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2009; 3/4: 10-4.

LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DEL PAZIENTE MIELOLESO: INTERVENTI E PROSPETTIVE FUTURE NELLA UNITÀ SPINALE UNIPOLARE (USU) MILANESE

A. Marconi (1), F. Foti (1), J. Ferizoviku (1), V. Crigna (1), M. Spinelli (2), U. Mazza (1).

(1) SSD Psicologia Clinica, DSMD, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

(2) Unità Spinale Unipolare, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda,

Milano

L'Unità Spinale Unipolare (USU) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, nata nel 2002, opera con un approccio professionale multidisciplinare finalizzato ad affrontare e soddisfare i bisogni assistenziali, terapeutico-riabilitativi e psicologico-sociali delle personemaffette da lesione midollare. La persona viene accompagnata nel processo di adattamento alla disabilità, che consegue alla lesione midollare, attraverso diversi interventi clinici, oltre che riabilitativi. Considerando il gravoso impegno emotivo e relazionale a cui la persona è soggetta, è stata sempre più sostenuta la valenza del lavoro psicologico.

Il paziente viene seguito durante l'intero periodo della degenza, dal trasferimento nel servizio –fase acuta ed intermedia- fino alla dimissione. La degenza, che può protrarsi a 12 mesi, diviene un ambiente protetto e familiare, dove la disabilità viene quanto possibile normalizzata e le barriere architettoniche minimizzate. Per questo motivo l'approccio alla realtà esterna viene affrontato gradualmente e con il supporto dell'intera équipe La lesione comporta un notevole sforzo di adattamento per il paziente che si trova a dover modificare una parte della propria identità e radicalmente lo stile di vita precedente. L'intervento psicologico, svolge anche una funzione riabilitativa, operando sulle parti sane e sulle risorse personali per una ricostruzione del sé.

Numerose e differenti le reazioni emotive osservabili durante il percorso riabilitativo, da un'iniziale fase di shock e di freezing post-traumatico ad una fase di negazione e rabbia. Nella prima fase del ricovero il paziente viene affiancato da un caregiver, che vive intensamente la vita di reparto incontrando quotidianamente un forte carico emotivo oltre che assistenziale. Quando necessario il caregiver accede al supporto psicologico.

Viene presentato il percorso di valutazione e trattamento psicologico, la presa in carico è stata strutturata coerentemente con le linee guida pubblicate da SIPLes (Società italiana di Psicologia nella Lesione Spinale) nel 2017.

## LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE CANDIDATO ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

P. Prandoni (1), N. Lamperti (1), L. Iaccarino (2), V. Girardi (3), U.Mazza (1)

(1) SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, Milano

(2) SC Dietetica e Nutrizione, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, Milano,

(3) SC Chirurgia Generale Oncologica e Mininvasiva 1, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda, Milano

L'obesità è una patologia multifattoriale complessa, influenzata dallo stile di vita, dal comportamento, da fattori socio economici e culturali, da fattori genetici. L'alta complessità clinica e le numerose complicanze rendono necessario un approccio multidisciplinare coordinato all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico integrato. La chirurgia bariatrica rappresenta attualmente il trattamento a lungo termine più efficace nella cura dell'obesità grave (Fried, et al., 2013).

Lo scopo del presente lavoro è descrivere l'attività e presentare il campione di pazienti valutati per l'idoneità psicologica all'intervento di chirurgia bariatrica in ambulatorio di psicologia clinica.

I pazienti candidati all'intervento hanno effettuato la valutazione psicologica in linea con i "Suggerimenti per la valutazione psicologico psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica" (SICOB, 2016)

I pazienti hanno effettuato un colloquio psicologico-clinico e sono stati somministrati test standardizzati: il test Binge Eating Scale (BES), il test Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) e il test Beck Depression Inventory 2 (BDI-2).

Dalla costituzione dell'ambulatorio (dicembre 2017) a ottobre da 2018 sono stati valutati 80 pazienti, di cui 61 sono risultati idonei all'intervento, 19 non idonei secondo i criteri di non idoneità esplicitati dalle linee guida

I pazienti non idonei all'intervento rappresentano il 24% della totalità dei valutati.

Nel nostro campione i pz non idonei al questionario per il Binge eating presentano mediamenti valori più elevati rispetto al gruppo di idonei con valori medi superiori al cut-off; inoltre anche al test BDI si rilevano dei valori medi superiori all'85 percentile (cut-off). La presenza di instabilità nella condotta alimentare o di vulnerabilità alla depressione sono annoverati tra le controindicazioni all'intervento.

Gli sviluppi futuri dovrebbero andare nella direzione di una implementazione degli interventi psicologici sia nel pre che nel post intervento per monitorare e sostenere i cambiamenti all'interno di un gruppo di lavoro multidisciplinare (Taylor, Hensel, 2017).

## Bibliografia

- “Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery  
Fried M et al *Obes Facts*. 2013; 6(5):449-68.
- “Suggerimenti per le procedure psicologico-psichiatriche in chirurgia dell'obesità”  
F. Micanti et al *SICOB*, 2016
- “Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery.”  
Mechanick JI, *Endocr Pract*. 2013 Mar-Apr;19(2):337-72.:
- “Reduction in Psychopathology following Bariatric Surgery for Morbid Obesity”  
SR Maddi et al. *Obesity Surgery* 11(6):680-5 · January 2002 *with 16 Reads*
- “Multimorbidity: A Review of the Complexity of Mental Health Issues in Bariatric Surgery Candidates Informed by Canadian Data”  
Taylor VH, Hensel J, *Can J Diabetes*. 2017 Aug;41(4):448-452

## VALUTAZIONE E TRATTAMENTO PSICOLOGICO DELLE PERSONE IN CURA PRESSO IL CENTRO DEL SONNO

A. Sgoifo<sup>1</sup>, P. Proserpio<sup>2</sup>, L. Nobili<sup>3</sup>, E.C. Agostoni<sup>4</sup>, U. Mazza<sup>5</sup>

1 Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano, S.S.D. Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale, ASST Niguarda, Milano

2 Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano

3 IRCCS Neuropsichiatria Infantile, Istituto G. Gaslini, DINO GMI, Università di Genova, Genova - Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano

4 S.C. Neurologia Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano

5 S.S.D. Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale, ASST Niguarda, Milano

**Introduzione:** L'insonnia colpisce circa 1/3 della popolazione mondiale adulta (1) e, nella metà dei casi, rappresenta un sintomo secondario a disturbi psichiatrici e patologie organiche (2): il trattamento prevede un approccio clinico multidisciplinare, farmacologico e psicologico (3). Il Centro per i Disturbi del Sonno del ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda prevede la presa in carico del paziente da parte di una équipe multidisciplinare e comprende il trattamento psicologico, proposto prima e/o in associazione al trattamento farmacologico.

**Metodo:** Il paziente giunge alla valutazione psicologica con impegnativa del neurologo. Partecipa quindi al trattamento definito “Distensione Immaginativa Integrata” (4) comprensivo di 8 sessioni con cadenza settimanale, 4 sessioni con cadenza quindicinale e 2 sessioni con cadenza mensile, in modalità individuale/gruppo (4-8 persone). Compila i seguenti questionari di autovalutazione pre-

post trattamento (3-6 mesi) per: insomnia, Severity Index-ISI (5); sintomi ansioso-depressivi, State-Trait Anxiety Inventory (6); Beck Depression Inventory (7) e qualità della vita, Medical outcome survey Short Form 36 (8).

**Risultati:** L'ambulatorio psicologico è attivo dal 2015. Sono stati valutati 72 pazienti, 62 hanno aderito al trattamento in gruppo e 38 hanno compilato i questionari (13m, 25f, età media 51aa). La severità dei sintomi, pre-trattamento vs 6 mesi, risulta: insomnia non clinica 1 vs 7 casi; insomnia clinicamente rilevante 9 vs 26 casi; moderata 17 vs 5 casi e grave 11 vs 0 casi (classi ISI). La variazione del punteggio medio ISI nel tempo risulta significativa ( $p < 0.001$ ; Test di Friedman). Nel 50% dei casi è stata ridotta la terapia farmacologica già in atto.

**Conclusioni:** La valutazione e la presa in carico degli aspetti psicologici associati all'insonnia, nonché il trattamento con la DII, che prevede la partecipazione attiva del paziente a tecniche specifiche, ripetibili a domicilio, sembrano migliorare il vissuto del sonno e contrastare i sintomi di insonnia.

### **Bibliografia**

- 1 Ohayon M.: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6:97-111
- 2 Gamaldo A, Bedouin MA, Bedouin HA et al.: Sleep Disturbances among Older Adults in the United States, 2002-2012: Nationwide Inpatient Rates, Predictors, and Outcomes. *Front Aging Neurosci.* 2016 Nov 15;8:266.
- 3 Ohayon MM1, Smirne S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Med.* 2002 Mar;3(2):115-20.
- 4 Castronovo V, Galbiati A, Marelli S, Brombin C, Cugnata F, Giarolli L, Anelli MM, Rinaldi F, Ferini-Strambi: Validation study of the Italian version of the Insomnia Severity Index (ISI). *L.Neurol Sci.* 2016 Sep;37(9):1517-24.
- 5 Sgoifo A., Bignamini A., La Mantia L. et al.: Integrated Imaginative Distention Therapy to Cope with Fatigue. DIMMI SI Study: The First Randomized Controlled Trial in Multiple Sclerosis. *Neurol Ther* 2017 Dec;6(2):213-223.
- 6 Spielberger, CD, Gorsuch, RL. Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 7 Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory — II.* San Antonio (Tex): Psychological Corporation; 1996.
- 8 McHorney AC, Ware JE, Jr., Raczek AE: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care*, Vol. 31, No. 3 (Mar., 1993), pp. 247-263.

### **VALUTAZIONE E SUPPORTO PSICOLOGICO DEL PAZIENTE PORTATORE DI LVAD: DATI PRELIMINARI A 6 MESI**

Alessandra Voltolini<sup>1</sup>, Anna Minotti<sup>1</sup>, Alessandro Verde<sup>2</sup>, Manlio Cipriani<sup>2</sup>, Andrea Garascia<sup>2</sup>, Fabio Turazza<sup>2</sup>, Francesca Macera<sup>2</sup>, Enrico Perna<sup>2</sup>, Claudio Russo<sup>3</sup>, Emilia Fumagalli<sup>1</sup>, Maria Frigerio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Psicologia Clinica, DSMD, ASST Niguarda, Milano

<sup>2</sup>S.C. di Cardiologia 2 – Insufficienza Cardiaca e Trapianto, Dipartimento Cardiotoracovascolare, ASST Niguarda, Milano

<sup>3</sup>S.C. di Cardiocirurgia, Dipartimento Cardiotoracovascolare, ASST Niguarda, Milano

**Introduzione.** La malattia cardiaca ha un impatto significativo sull'identità e la percezione di sé. A fronte di una vasta letteratura sulle variabili psicologiche in pazienti in fase pre e post trapianto di cuore, si è riscontrato che pochi dati sono stati raccolti in pazienti candidati a impianto di dispositivo di assistenza ventricolare (VAD).

**Metodo.** 18 pazienti (17 maschi, 1 femmina, età media 57 anni) sono stati sottoposti, da Febbraio

2013 ad Agosto 2014, a valutazione psicologica tramite la somministrazione del questionario EuroQoL-5D (EQ-5D) nella fase precedente l'impianto e successivamente a 3 e 6 mesi al fine di valutare la qualità di vita nel tempo; sono state esaminate variabili psicologiche quali criticità, bisogni e vissuti soggettivi dei pazienti.

**Risultati.** L'aspetto più rilevante che emerge è un netto miglioramento del punteggio relativo alla percezione della qualità di vita a 3 (punteggio 38 [Interquartile range 30-40] vs 75 [60-80],  $p < 0.05$ ) e a 6 mesi dall'impianto (38 [30-40] vs 70 [60-80],  $p < 0.05$ ). Anche i punteggi relativi all'item "Ansia e Depressione" hanno mostrato nel tempo un miglioramento significativo. Dai colloqui è emerso che tutti i pazienti necessitano di essere coinvolti e motivati attraverso un'informazione esauriente circa il dispositivo, i rischi correlati e la qualità di vita. L'approccio interdisciplinare ha favorito l'aderenza ai trattamenti.

**Conclusioni.** L'outcome clinico dei pazienti e l'efficacia dell'intervento psicologico sono strettamente correlati all'attività di valutazione e di supporto psicologico sul lungo periodo. Riteniamo che ulteriori dati siano utili a supporto delle nostre osservazioni preliminari e per un'analisi più approfondita della qualità di vita a lungo termine. A tale scopo, il nostro centro sta raccogliendo ulteriori dati clinici sul follow-up dei pazienti con VAD a 24 mesi.

## PREVENZIONE DIAGNOSI E TERAPIA DEI DISTURBI PSICHICI NEGLI ADOLESCENTI E NEI GIOVANI ADULTI

A. Merra\*, S. Cristinelli\*, G. D'Angelo\*, M.L. Abbinante\*, C. Rossi\*, E. Monzani, \*\* S. Barbera\*\*, U. Mazza\*, M. Percudani\*\*

\*SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

\*\*SC Psichiatria 1, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

**Introduzione:** Il periodo adolescenziale e la prima età adulta sono fasi di passaggio del ciclo di vita particolarmente soggette al rischio di comparsa di disturbi psichiatrici.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASST GOM Niguarda di Milano ha attivato nell'ambito dei programmi innovativi promossi dalla regione Lombardia il progetto TR 105 "Prevenzione diagnosi e terapia dei disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti" che ha come obiettivo quello di ridurre i fattori che contribuiscono al ritardo nel riconoscimento del disagio adolescenziale.

Il modello Stepped Care rappresenta un tentativo di fornire un trattamento individualizzato che rispetti non solo le esigenze del paziente, ma anche le risorse che egli stesso è in grado di attivare per risolvere il suo problema e allo stesso tempo permette di massimizzare l'efficacia degli interventi erogati tramite la corretta allocazione delle risorse disponibili nel Servizio.

**Metodo:** L'intervento clinico utilizzato nel servizio prevede colloquio psicologico e clinico, colloquio psichiatrico, somministrazione batteria testale di screening (PQ16, Checklist ERiraos, SOFAS e GAF e PID5), colloquio con i familiari, interventi psicoeducativi rivolti ai familiari, attività di gruppo, attività di sostegno all'integrazione, attività di supporto sociale

### Obiettivi

- Accuratezza della fase di assessment come criterio guida del trattamento
- Individuazione e realizzazione di percorsi terapeutici ed assistenziali innovativi
- Trattamento integrato e multidimensionale dei soggetti con "stato mentale a rischio"
- Interventi appropriati per ottimizzare le risorse del servizio e percorsi integrati

### Campione

294 pz in carico nel periodo aprile-ottobre 2018

86 pz sottoposti a screening valutativo di cui

47 pz presi in carico con diagnosi: disturbi dell'umore (23%), disturbi d'ansia (29%), disturbi di personalità (41%), altro (7%)

**Risultati:** Pazienti con sintomi prodromici sfumati e funzionamento globale poco compromesso = gruppo di gestione dell'ansia (2mesi)

Pazienti con valore intermedio per sintomatologia e per decadimento funzionale = psicoterapia individuale (6 mesi)

Pazienti con quadro sintomatologico maggiore e decadimento funzionale = intervento farmacologico combinato alla psicoterapia individuale (12 mesi)

### **Criticità**

1. Integrazione tra i diversi servizi che partecipano ai percorsi di valutazione e di trattamento
2. Passaggio dai servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dell'età adulta

### **Bibliografia**

Haaga D.A.F. Introduction to the special section on Stepped Care Models in Psychotherapy, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 68, 547-548, 2000.

Ising H.K., Veling W., Loewy R.L., Rietveld M.W., Rietdijk J., Dragt S., Klaassen R.M., Nieman D.H., Wunderink L., Linszen D.H., van der Gaag M. (2012) The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ- 16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophrenia Bulletin, 38(6), 1288–1296.

Moos RH, McCoy L, Moos BS. Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and roles as predictors of one-year treatment outcomes. J Clin Psychology 2000;56:449-

### **VALUTAZIONE LONGITUDINALE DI PAZIENTI AL PRIMO ACCESSO IN U.O. DI PSICHIATRIA IN FASCIA D'ETA' 17-24**

O. Oasi \*; A. Basilisca \*\*; E. Bianchi\*\*; S. Cristinelli\*\*; S. Ferrari\*\*; R. Lombardi\*\*; F. Munaro\*\*; M. Sala\*\*; P. Scovazzi\*\*; G. Belloni\*\*; L. Micheletti\*\*

\*\*UOSD Psicologia Clinica, UOC di Psichiatria-Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze-ASST Ovest Milanese

\*Dipartimento di Psicologia-Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

**Introduzione:** L'importanza dell'approccio preventivo appare oggi evidente considerando che, nella maggior parte dei casi, l'esordio della psicosi si verifica in adolescenza o nella prima età adulta (Magnani e coll., 2010). Diverse ricerche hanno messo in evidenza la necessità di una diagnosi e una gestione precoce per ridurre e prevenire la compromissione, la cronicizzazione ed il deterioramento clinico, funzionale e sociale della persona (Falloon, 1992; Birchwood, 1998). Il riconoscimento ed il monitoraggio precoci dei soggetti con indici di rischio risulta una strategia fondamentale per assicurare agli interventi terapeutici un *timing* ottimale (Fusar-Poli et al, 2016). Il presente contributo intende proporre un set di strumenti specifici e aggiornati per rilevare gli indici di rischio nei pazienti in ingresso presso i CPS della ASST Ovest Milanese e, in particolare, nei pazienti reclutati all'interno del Progetto Innovativo TR105, individuando per essi il percorso più idoneo con conseguente ottimizzazione delle risorse.

**Metodi e Strumenti:** *Partecipanti.* I pazienti al primo accesso nei CPS delle due UO di Psichiatria 43 e 44 della ASST Ovest Milanese in fascia d'età. Inizio somministrazione test marzo 2018.

*Strumenti.* CAARMS: (A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry, 2006); PID-5: (American Psychiatric Association, 2013; ed. it. a cura di Fossati A. e Borroni S., 2015); SOFAS: (Goldman et al., 1992); GAF: (American Psychiatric Association, ; ed. it. VGF); PQ-16: (Ising HK, Veling W, Loewy RL, et al, 2012). *Procedura.* Si prevede di somministrare gli strumenti in una fase di valutazione dedicata e integrata all'osservazione clinica.

**Risultati e Conclusioni:** Ci aspettiamo di discriminare in modo adeguato la componente sintomatologica da quella strutturale di personalità presentata dal paziente. Ci proponiamo inoltre di

valutare empiricamente in che modo la Personalità possa configurarsi come fattore protettivo piuttosto che di rischio nello sviluppo della psicopatologia grave.

## LE RAPPRESENTAZIONI IDENTITARIE E LE CRITICITA' DEL FINE PENA: UNA RICERCA

G. Desiderio\*, L. Manigrasso\*, S. Anania\*, S. Coldesina\*, C. Cassardo\*\*

\*Servizio di Psicologia Penitenziaria – ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo Milano

\*\*Cattedra di Psicologia Clinica e Medica – ASST Santi Paolo e Carlo, Ospedale San Paolo Milano

**Introduzione:** L'evidenza clinica e la letteratura mostrano come l'ingresso e l'uscita di un individuo dal carcere, possano determinare la trasformazione della condotta e dell'autopercezione dei singoli, sino a modificarne l'immagine di sé.

Con l'uscita dal carcere le persone abbandonano il ruolo di detenuti/internati per riprendere quello sociale e familiare che avevano prima dell'ingresso, con cui si trovano a fare i conti, oltre alla gestione dei propri spazi di libertà.

L'obiettivo di questo lavoro consiste nell'esplorare la rappresentazione di sé un gruppo di detenuti uscenti da un Istituto di Pena a trattamento avanzato, situato nell'hinterland milanese.

**Metodo:** Sono stati effettuati colloqui psicologici con un gruppo di detenuti uscenti a fine pena, non in carico alla salute mentale interna al carcere, e che non hanno usufruito di misure alternative alla detenzione. Successivamente ai colloqui, gli psicoterapeuti coinvolti hanno prodotto una narrazione sull'esperienza detentiva e sui progetti futuri, approfondendo bisogni e timori. E' stata effettuata un'analisi tematica delle narrative raccolte, con la realizzazione di una mappa concettuale.

**Risultati:** Sono state raccolte e analizzate 20 narrazioni nel periodo compreso tra gennaio 2017 e febbraio 2018.

L'analisi ha identificato tre macro-aree tematiche: *scarcerazione* (vissuti e riflessioni sul qui ed ora del passaggio alla libertà), *progettualità* (progetti elaborati durante la carcerazione e condivisi con l'uscita), *reinserimento* (luoghi del rientro, modalità di reinserimento, risorse, ostacoli e aspettative).

**Conclusioni:** Le persone in uscita attingono a nuclei di sé funzionanti a cui affidarsi. La fiducia in sé, costruita nell'istituzione, risulta significativa: da un lato può essere funzionale e protettiva, dall'altro, se la aspettativa viene disattesa, rischia di diventare disfunzionale.

Rimane il problema dell'autenticità dei moventi del carcerato durante il colloquio, ed è da considerare il bias dell'intervistatore rispetto alle proprie aspettative ottimistiche.

L'analisi esplorativa effettuata apre il campo all'estensione dello studio a un campione più rappresentativo della popolazione detenuta uscente.

## ADHD NELLA POPOLAZIONE DETENUTA: UN TEMA RILEVANTE NON RILEVATO

I. Strada<sup>1</sup>, V. Tesoro<sup>1</sup>, E. Vegni<sup>1 2</sup>

<sup>1</sup> UO Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo

<sup>2</sup> Dipartimento di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Milano

**Introduzione:** In letteratura si rileva un'elevata prevalenza di ADHD nella popolazione detenuta. E' stato condotto uno studio pilota presso la C.R. Bollate per indagare la prevalenza del deficit, poco indagato nelle carceri italiane.

Si ipotizza inoltre una relazione significativa tra ADHD e uso di sostanze e tra ADHD e la tipologia di reato.

**Metodo:** Il campione comprende 59 ristretti di sesso maschile (M età=45,1).

Il 66% riferisce uso di sostanze.

La batteria testale somministrata è composta da: ASRS V1.1 per indagare l'ADHD nell'adulto;

WURS per i sintomi ADHD nell'infanzia; BDI-II per valutare la depressione, spesso in comorbilità con l'ADHD; HCL-32, ai fini di porre diagnosi differenziale con episodi ipomaniacali.

La tipologia di reato è valutata in base alla condanna ( $\leq 6$  anni;  $\geq 6$  anni).

**Risultati:** La sintomatologia ADHD in età infantile e/o adulta è stimata al 23,7%, di cui il 64,3% riferisce nell'attualità la presenza di tratti ADHD.

Si evince una relazione significativa tra l'uso di sostanze e ASRS V1.1 ( $M=1,81$   $DS=1,79$   $p < .001$ ), mentre non si rileva alcuna associazione significativa con la WURS ( $M=26,97$   $DS=19,11$   $p > .001$ ).

La BDI-II risulta significativamente correlata con l'uso di sostanze ( $M=6,14$   $DS=4,69$   $p < .005$ ) e con l'ASRS V1.1 ( $r=0,51$   $p < .001$ ).

Non si rileva alcuna significatività tra la tipologia di reato e ADHD.

**Conclusioni:** La prevalenza di ADHD nel campione risulta in linea con i dati in letteratura.

Si evidenzia un'associazione significativa tra uso di sostanze e ADHD nell'adulto. Emerge una correlazione significativa tra ADHD nell'adulto e sintomatologia depressiva. Non si rileva alcuna associazione tra gli anni di condanna e ADHD.

Un intervento psicoeducazionale sull'ADHD potrebbe costituire un fattore di protezione rispetto all'uso di sostanze e alla reiterazione del reato.